

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

474

Présentée et soutenue le Lundi 12 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

Louis SURREL

Né à Yssingeaux (Haute-Loire), le 3 octobre 1870

DES ACCIDENTS

QUI PEUVENT COMPLIQUER

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. Ch. RICHET, professeur.

CHAUFFARD et LEJARS, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1897

474

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 12 Juillet 1897, à 1 heure

PAR

Louis SURREL

Né à Yssingaux (Haute-Loire), le 3 octobre 1870

DES ACCIDENTS

QUI PEUVENT COMPLIQUER

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. Ch. RICHEL, professeur.

CHAUFFARD et LEJARS, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{	LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement	{	TARNIER.
		PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENÉTRIÉR.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTÉRIER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Affection et reconnaissance filiale

A MA TANTE

Sœur de Saint-Vincent-de-Paul

Témoignage de reconnaissance

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Des accidents qui peuvent compliquer l'intervention
chirurgicale dans le goître exophtalmique*

AVANT-PROPOS

La question du traitement chirurgical du goître exophtalmique est assurément une des questions les plus controversées de l'heure présente. Outre que les résultats éloignés ne sont pas toujours indiscutables, médecins et chirurgiens sont loin de s'accorder sur la nature même de la maladie et, par suite, sur le traitement qui lui convient. Certes, nous n'avons pas la prétention d'essayer de rétablir l'accord, notre expérience personnelle n'est pas encore assez vieille et n'est pas suffisante assurément, et nous ne sommes point assez armés pour cela ; car il ne suffit pas d'avoir une certaine audace, et de se lancer sur le terrain de la discussion pour chercher à accorder les partis, et dire quel est celui qui a tort ou raison ; en propo-

sant une solution nouvelle, il faut apporter des preuves, et des preuves solides. Aussi, nous garderons nous bien d'émettre une nouvelle théorie sur la pathogénie de cette maladie si complexe. M. Riche dernièrement en a proposé une. Explique-t-elle tous les cas ? Il n'entre pas dans le plan de notre travail de le rechercher. Notre but est tout autre, et nous restons entièrement sur le terrain de la clinique.

En terminant nos études médicales, nous suivions cette année, avec un très grand intérêt, les intéressantes et magistrales leçons cliniques de M. le Professeur Dieulafoy. Il nous présenta un jour une femme atteinte de maladie de Basedow. La malade présentait tous les signes au grand complet. M. le Professeur Dieulafoy, après nous avoir décrit la maladie, nous démontra la difficulté où l'on se trouvait, dans ces cas, pour appliquer un traitement. D'autre part, nous venions de lire la communication de M. Lélars, à la société de chirurgie, sur une malade qu'il avait opérée d'un goitre exophtalmique dans le service de M. le Professeur Debove. La relation de ce cas et de la mort subite qui suivit l'opération, nous fit penser qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de rechercher les cas semblables et d'en tirer des indications au point de vue opératoire. Nous avons fait part de notre idée à notre maître M. Schwartz, qui nous conseilla alors d'étudier non-seulement les accidents qui peuvent compliquer la Thyroïdectomie, mais aussi toutes les autres opérations chirurgicales pratiquées sur le goitre exophtalmique.

C'est, en un mot, une étude comparative que nous avons entreprise et que nous présentons comme sujet de thèse inaugurale. Nos recherches terminées, nous sommes arrivés à recueillir une trentaine d'observations. C'est sur ces 30 observations qu'est basé notre travail.

Oserons-nous demander une critique indulgente ? Nous n'avons pas l'habitude d'écrire des livres, aussi trouvera-t-on peut-être à redire à notre plan. ; ce que nous rechercherons, c'est d'exposer clairement la question. Nous laissons d'ailleurs à nos juges le soin de nous adresser ce reproche.

Avant de terminer nos études médicales, nous tenons à rendre un public hommage à nos maîtres dans les hôpitaux et à leur assurer notre reconnaissance.

Que nos premiers remerciements soient pour M. le Dr Schwartz, chez qui nous avons fait une année entière de stage, dans son magnifique service de l'hôpital Cochin. C'est lui qui nous a appris à examiner méthodiquement un malade, nous a initié à l'antisepsie, et nous a montré le soin que l'on doit apporter à tout pansement chirurgical. Il a été pour nous un maître bon, et nous sommes heureux de pouvoir lui offrir aujourd'hui le témoignage de notre profonde reconnaissance, pour les marques de bienveillance qu'il nous a témoignées et les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

M. Bucquoy a été notre premier maître en médecine ; il nous a donné de sérieuses notions de clinique médicale.

MM. Faisans et Ferrand nous ont appris la pathologie interne et la façon d'appliquer son étude à la clinique.

Dans les services d'accouchements de MM. Maygrier, à la Pitié et Bar, à la clinique de la rue d'Assas, nous avons appris la science de la gynécologie et de l'obstétrique.

C'est à la consultation de M. Comby, que nous avons appris à connaître les particularités cliniques et thérapeutiques des maladies de l'enfance.

M. Broc, à la consultation de Broca, nous a fait connaître les maladies cutanées et syphilitiques.

Nous avons toute reconnaissance à MM. les professeurs Tillaux, Dieulafoy, Raymond et Guyon, dont nous avons suivi avec fruit les visites auprès des malades, et qui ont su nous faire profiter de leurs si intéressantes leçons cliniques.

Enfin nous ne saurions oublier notre premier professeur, M. Morestin, qui nous a fait apprendre et aimer l'anatomie, et nous sommes heureux de lui adresser nos remerciements.

Nous pouvons assurer de notre gratitude la plus profonde M. le Professeur Tillaux, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Préliminaires

Ainsi que l'indique le titre de notre travail, nous avons étudié les dangers et les complications qui peuvent survenir au cours d'une opération sur le goître exophthalmique, ou dans les jours qui suivent cette opération. Les méthodes employées sont nombreuses ; aussi, notre étude sera-t-elle divisée en autant de chapitres qu'il y a de procédés. Nous ajouterons un chapitre spécial pour la division à faire entre les divers formes de goître exophthalmique.

L'étiologie et la pathogénie ont été assez souvent décrites pour que nous nous dispensions d'en donner un aperçu.

Nous ne parlerons pas de certaines interventions qui s'adressent non au goître exophthalmique, mais à ses causes réelles ou supposées ; nous voulons parler des arrachements de polypes du nez, ablations de cornets etc.

Nous éliminerons également les injections iodées, qui, si elles peuvent être utiles dans les goîtres simples, doivent être abandonnées dans les cas de maladies de Basedow, en raison, d'abord, des idées pathogéniques actuelles, et en raison aussi de l'irrégularité de leur action et de certains dangers, tels que phlegmons, dyspnée et même mort subite.

Nous restons donc en présence des opérations suivantes que nous décrirons d'après l'ordre ci-dessous.

- 1° Ligature des artères thyroïdiennes;
- 2° Enucléation de Socin ;
- 3° Exothyropexie ;
- 4° Thyroïdectomie totale ou partielle.

Nous ne dirons que quelques mots d'une opération nouvelle, la section du sympathique cervical, trop récente encore pour pouvoir la juger et en apprécier les résultats.

Le chapitre de la thyroïdectomie, sera divisé en plusieurs paragraphes, renfermant chacun l'étude d'une complication. Quant aux accidents ou complications communs à l'exothyropexie et à la thyroïdectomie, ils seront décrits avec cette dernière; ce chapitre étant le plus important de notre travail. Un court historique commencera l'étude de chaque procédé opératoire.

Notre plan ainsi posé, entrons dans la question.



CHAPITRE PREMIER

Ligature des artères thyroïdiennes

La ligature des artères thyroïdiennes est une opération qui rentre dans la catégorie des ligatures dites atrophiantes.

L'idée première de cette opération paraît être due à Lange en 1807 et à Jones. Sir W. Blizard l'exécuta pour la première fois ; mais son malade fut emporté par la gangrène d'hôpital. En 1814, Walther put guérir son malade complètement. Puis Earle, en 1827, Coates, Chelius, pratiquèrent plusieurs fois la ligature des artères thyroïdiennes supérieures. Mais c'est à Wolfler que revient l'honneur d'avoir tiré de l'oubli cette opération, dont Billroth fut un fervent partisan, ainsi qu'il ressort d'une note qu'il publia avec quatre observations. La ligature des artères thyroïdiennes a donné quelques succès à Kocher, à Trendelenburg, à Massopust. Kocher lui réserve une place de choix dans le traitement chirurgical du goître exophthalmique.

Rydygier publia dans les archives de chirurgie clinique un travail dans lequel il rapporte 21 cas de sa pratique personnelle. Il cite en outre 11 cas d'Obalinsky, Mallakowsky, y compris les 4 cas de Billroth. Enfin, nous

devons citer les 21 cas de Günther qui eut 14 améliorations, 4 insuccès et 4 morts.

En 1894, M. Lavisé fit, à la société belge de chirurgie, une communication sur le traitement du goître exophtalmique par la ligature des quatre artères thyroïdiennes. Il pense que l'on doit prendre en considération ce mode de traitement, et, à cet effet, il rapporte l'observation d'une jeune femme, chez laquelle il employa ce procédé. On trouvera, rapportée dans nos observations, l'analyse du cas de M. Lavisé.

D'après cet auteur, les résultats seraient presque tous encourageants. « Certes, dit-il, il est des cas où la tumeur ne disparaît pas entièrement, mais il est bien rare que les troubles respiratoires n'aient pas été complètement guéris, ou, à tout le moins, considérablement amendés ». C'est ce qui arriva en effet pour son opérée. Nous voyons, qu'après l'opération, les troubles vasculaires du cou, l'engorgement du réseau veineux, les battements artériels, les souffles disparurent : le goître diminua même progressivement de volume. Mais, ce qu'il faut retenir aussi, c'est que, au bout de trois mois, les accidents généraux reparurent, et la malade succomba aux progrès de la maladie de Basedow.

Lavisé croit qu'il est d'une grande importance de faire la ligature des quatre vaisseaux en une seule séance, si l'on ne veut pas voir une circulation collatérale s'établir et empêcher ainsi l'atrophie que l'on veut obtenir ; mais en s'en rapportant à l'observation XI, on voit que la ligature, bien qu'ayant été faite sur les 4 troncs thyroïdiens,

n'a pas été suffisante, puisque la récurrence est apparue au bout de quelques mois. Voilà pourquoi, malgré que quelques-uns des symptômes, les plus graves, les plus pénibles si l'on veut, aient été enrayés assez pour donner à la malade et à son entourage l'illusion d'une guérison, malgré l'atrophie produite sur le goître par la ligature, nous croyons que cette amélioration de courte durée ne peut compenser la difficulté et les dangers opératoires, que nous allons maintenant étudier.

On a fait plusieurs objections à la méthode de la ligature. Certains chirurgiens ont émis l'opinion que la ligature des quatre artères thyroïdiennes pouvait amener la nécrose du corps thyroïde. « Cette crainte est illusoire, dit Lavisé, car la circulation reste intacte dans un certain nombre d'artérioles du voisinage. Cette circulation est suffisante pour prévenir la gangrène du goître ». Nous ajouterons qu'elle est aussi suffisante pour permettre au goître de se développer de nouveau et, par suite, le but de l'opération est manqué. Ou alors, si l'arrêt de la circulation dans la glande thyroïde est complet, la fonction en est suspendue, et le développement consécutif du myxœdème est à redouter tout aussi bien après la ligature qu'après la thyroïdectomie. C'est également l'avis de Durand qui dit que « la thyroïdectomie totale doit-être rejetée aussi bien que la ligature des quatre artères thyroïdiennes ». D'ailleurs, Lavisé fait lui-même les plus grandes réserves sur les indications de l'opération dans les cas de goître exophtalmique.

Kocher, qui reproche à la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow d'avoir provoqué des morts subites, est partisan de la ligature, et il ajoute que la friabilité des vaisseaux expose le malade d'une façon toute spéciale à des hémorrhagies graves et à des trombooses. On peut justement objecter à cette manière de voir que, si les artères sont friables, elles le seront tout aussi bien pour la ligature que pour la thyroïdectomie, et que, par suite, la ligature sera très difficile et exposera à des hémorrhagies secondaires d'autant plus graves qu'elles ne se produiront pas en présence du chirurgien.

Il est un autre reproche que nous ferons à la ligature. Par suite de la déformation de toute la région par le goître, il se produit des changements de rapports très considérables qui rendent l'opération rien moins que commode. Assez difficile sur un sujet sain, on peut se demander ce que ce doit être quand les rapports anatomiques sont changés. Cette difficulté opératoire a été bien mise en relief par M. le professeur Tillaux, qui, dans un cas de thyroïdectomie, fut tout surpris de trouver la thyroïdienne supérieure bien loin de la région où il avait cru pouvoir la lier. De plus, le nombre et l'origine des artères peuvent varier et ces vaisseaux sont souvent le siège d'une sorte de dégénérescence qui, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, les rend friables et difficiles à lier; d'où le danger des hémorrhagies secondaires. C'est ainsi que, dans son traité de médecine opératoire, Le Fort a réuni

trente-un cas, parmi lesquels les opérés ont succombé sept fois à l'hémorrhagie secondaire.

D'autre part, la ligature n'est pas applicable à tous les cas de goître exophtalmique. Si elle peut trouver des indications dans les goîtres parenchymateux de moyen volume, et les goîtres très vasculaires, elle est inapplicable dans les goîtres kystiques, et, dans le goître suffocant son action n'est pas assez rapide. Il existe même des cas où des kystes se sont développés après la ligature.

On comprendra facilement que les chirurgiens aient délaissé cette opération dont les résultats sont si aléatoires, et qui, malgré son apparente bénignité, peut présenter de graves complications hémorrhagiques. Aussi Rivière n'hésite-t-il pas à dire : « D'après les observations publiées, il ne semble pas que cette exsanguinification, plutôt apparente que réelle, des tumeurs thyroïdiennes doive prendre place parmi la thérapeutique du goître exophtalmique. Car, dans les observations où une amélioration s'est produite, il est tel autre traitement chirurgical, que nous considérons comme plus simple et plus efficace, auquel nous eussions donné la préférence ». D'autre part, Gayet pense qu'il est très possible que l'action que la ligature exerce sur la maladie soit due, en grande partie tout au moins, à la ligature des filets sympathiques, qui accompagnent les artères thyroïdiennes, et, dès lors, n'est-il pas plus simple, plus facile, plus complet, d'aller lier ces filets à leur source, c'est-à-dire dans le cordon cervical lui-même ? »

Pour nous résumer, nous dirons donc que, si la ligature des quatre artères thyroïdiennes peut enrayer pendant quelques mois la marche de la maladie, les résultats ne sont pas assez certains et durables, étant donnés la difficulté opératoire, par suite des changements de rapports des vaisseaux, et le danger des hémorrhagies secondaires dues à la friabilité des artères.

Tout au plus, pourrions nous conseiller cette méthode comme opération auxiliaire dans une thyroïdectomie, alors qu'une hémorrhagie en nappe se produit et met la vie du malade en danger. Aussi n'hésitons-nous pas à faire rentrer le procédé dans la catégorie des ligatures dites atrophiantes que l'on a voulu mettre en usage dans les tumeurs utérines, et qui n'ont pas répondu aux espérances que l'on avait conçues, puisque, presque toujours, on a dû recourir à une intervention ultérieure.



CHAPITRE II

Enucléation

L'opération qui porte le nom d'enucléation de Socin est un procédé consistant dans l'extirpation de kystes par une sorte de dissection, exécutée avec un instrument mousse ou avec les doigts, et l'enlèvement de leur poche. Cette opération fut en usage dès la plus haute antiquité, puisque Celse parle de l'enucléation des tumeurs goitreuses. En 1694 Purman et Freitag en donnèrent des descriptions. En 1840, Luigi Porta professeur à Milan, employa l'enucléation méthodique avec séparation de la tumeur du tissu de la glande. Billroth la pratiquait aussi vers 1860. A partir de cette époque la mode fut à la thyroïdectomie et l'enucléation ne fut plus qu'une méthode d'exception entre les main de Kothman et de Burtkhardt.

Mais il faut arriver à 1883 pour voir Socin (de Bâle) élever à la hauteur d'une méthode chirurgicale l'enucléation intra-glandulaire, dont l'éclat éclipsa pendant longtemps les autres opérations curatives de goîtres.

Socin n'a donc pas inventé un procédé nouveau. Son mérite consiste à l'avoir généralisé, à avoir montré la supériorité de cette opération, et la fréquence de ses indications, en un mot, à l'avoir érigé en méthode de choix. A

lui aussi revient l'honneur d'avoir montré que, dans les goîtres solides de même que dans les kystes, il y avait un tissu très lâche les reliant au reste de la glande, et que l'on pouvait couper le parenchyme sans s'exposer à des hémorrhagies inquiétantes. Garré s'est fait le vulgarisateur de la méthode, et, depuis, cette opération a été maintes fois pratiquée par Tillaux, Reverdin, Wolf.

En 1887, le professeur Heydenreich, de Nancy, dit que l'énucléation est une opération qui lui paraît appelée à un grand avenir. Reverdin, de Genève, partage cet avis et ajoute que l'énucléation lui paraît préférable à la thyroïdectomie, même partielle. Bœkel, de Hambourg, en 1893, prétend qu'elle est d'une bénignité absolue, et que sa facilité et sa rapidité d'exécution la placent au-dessus de l'extirpation partielle.

Le premier reproche que nous pouvons faire à ce procédé c'est que, si parfait, si innocent qu'il paraisse tant au point de vue opératoire, qu'au point de vue physiologique, il est loin d'être applicable à tous les cas de goître exophthalmique, attendu qu'il s'agit le plus souvent d'une hypertrophie diffuse de la glande, et qu'il n'y a pas de tumeur intra-glandulaire bien limitée. « Aussi, dit Lavisé, partisan de la ligature, je ne puis admettre qu'on le décore du nom de procédé de choix, comme le font certains auteurs ». Quand elle est praticable, cette opération peut rendre beaucoup de services au malade et lui éviter les dangers d'une thyroïdectomie. Nous avons pu suivre l'année dernière un cas de goître exophthalmique, dans le service de

M. le professeur Tillaux. La malade avait été opérée huit ans auparavant d'une tumeur bien limitée et développée dans le lobe droit du corps thyroïde. L'existence de cette tumeur avait donné lieu à tous les symptômes de la maladie de Basedow, exophthalmie, terchycardie, dyspnée intense, etc. L'énucléation fut pratiquée et les symptômes avaient disparu. Mais, l'année dernière, cette malade revint voir M. le professeur Tillaux, pour se faire enlever une autre tumeur, identique à la première, et qui s'était développée dans le lobe gauche du corps thyroïde. On fit l'énucléation et la malade guérit comme la première fois. Ce fait nous montre qu'il peut y avoir des goîtres exophthalmiques causés par la compression. M. le professeur Tillaux, dans sa leçon sur cette malade, nous fit, d'ailleurs, remarquer qu'on doit diviser en deux catégories les goîtres exophthalmiques, le goître vrai, médical, et le goître faux, chirurgical.

Ainsi donc, ce procédé n'est applicable qu'à une certaine catégorie de goîtres, à caractères cliniques bien tranchés; les goîtres contenant, dans un tissu cellulaire plus ou moins sain, des tumeurs isolées kystiques; œdémateuses, ou de toute autre nature, et qui peuvent être énucléés. Ces formes sont loin d'être la majorité des cas.

Si, dans cette opération, les accidents graves, auxquels on est exposé dans la thyroïdectomie, ne se produisent pas, il est cependant plusieurs complications qui peuvent se présenter.

Il est des cas où le chirurgien tombe sur un ou deux

gros noyaux, dont le volume a nécessité l'intervention, mais il trouve la glande remplie de petits noyaux disséminés et dont l'énucléation est, à *priori*, impossible. Faut-il, dans ce cas, extirper tous les noyaux ? On s'expose alors à prolonger une opération dont la durée peut être nuisible au malade. On risque, ensuite, de laisser des noyaux qui se développeront plus tard et nécessiteront une nouvelle intervention. Enfin, on peut être obligé de recourir à la thyroïdectomie totale.

Il est un autre obstacle qui peut singulièrement entraver l'énucléation. Nous voulons parler des adhérences qui relient la tumeur à la capsule thyroïdienne. Ces adhérences peuvent résulter d'un processus inflammatoire de la glande, ou succéder à divers traitements palliatifs, tels que ponctions, injections iodées, drainages, etc. Lavisé rapporte le cas d'une jeune fille de 20 ans, à laquelle il dut pratiquer une thyroïdectomie partielle, alors qu'il croyait pouvoir faire l'énucléation. « Le tissu glandulaire où nichait le kyste, dit-il, était si mince, si vasculaire, qu'il m'eût été impossible d'achever l'énucléation du néoplasme sans courir le risque de graves hémorrhagies en nappe, difficiles à tarir. Je crus plus prudent d'enlever le lobe entier par le procédé de Mickuliez ». Il est quelquefois très difficile de limiter la tumeur du tissu glandulaire. Reverdin, après avoir dit que, dans presque tous les cas, l'énucléation s'effectuait aisément, rapporte deux cas qui font exception, et où il dut pratiquer l'extirpation. « La tentative de séparation de la coque, montrait son impossibilité

sur la pièce. Entreprendre une énucléation impossible, c'est faire courir au malade les dangers d'une hémorrhagie, et c'est perdre du temps inutilement pour en venir à l'extirpation ».

On a beaucoup discuté sur l'hémorrhagie, autre complication possible de l'énucléation. Elle peut se produire pendant l'opération, ou une fois l'énucléation terminée. Celle qui se produit pendant l'opération est à peu près nulle. Si du sang s'écoule parfois en assez grande quantité, il s'agit d'hémorrhagies en nappe, car il provient du parenchyme glandulaire, et il est parfois difficile de les maîtriser, mais la principale cause des hémorrhagies abondantes réside dans les réseaux artériels et veineux capsulaires et péri-capsulaires.

Le cas de la malade de M. Schwartz est un exemple frappant d'hémorrhagie survenant au cours de l'énucléation. Voici ce que nous relevons en effet dans l'observation : « Le goître était nettement intra-glandulaire et il me fut facile de l'énucléer après incision de la capsule, constituée par le corps thyroïde ; ce qui me frappa surtout, ce fut l'abondante hémorrhagie provoquée par l'énucléation ; il me fut impossible de l'arrêter malgré des pinces nombreuses, malgré le tamponnement, et j'allais procéder à la thyroïdectomie uni latérale hémostatique, quand j'eus l'idée de tamponner avec de la gaze saupoudrée d'antipyrine ; le sang s'arrêta rapidement. »

Pour arrêter ces hémorrhagies, Billroth et Woyler mettaient des pinces hémostatiques qu'ils laissaient 24

heures ; ou bien encore faisaient le tamponnement de la cavité. Nous venons de voir que ces moyens employés par notre maître M, Schwartz lui ont été insuffisants et qu'il a dû recourir au tamponnement avec de la gaze saupoudrée d'antipyrine. Toutefois, le tamponnement n'est pas sans danger, car il peut déterminer des troubles dypneïques, par compression de la trachée, ou bien des troubles laryngés, par compression des nerfs récurrents.

Enfin, la récurrence est fréquente, par suite du développement d'un noyau ou d'un kyste oublié dans l'épaisseur du parenchyme. Billroth, Reverdin ont dû pratiquer des extirpations à la suite d'énucléations récidivées.

En résumé, l'énucléation est une méthode qui, lorsqu'elle est applicable dans le goître exophtalmique, donne de bons résultats, et évite aux malades les dangers d'une thyroïdectomie. Mais, malheureusement, le goître exophtalmique est le plus souvent parenchymateux ou vasculaire.

Quand l'énucléation est indiquée, elle peut être entravée par certaines complications qui sont : 1° la multiplicité des kystes ou des noyaux, nécessitant une extirpation totale. 2° L'hémorrhagie en nappe. 3° La présence d'adhérences dues à un processus inflammatoire ou à un traitement palliatif antérieur. 4° La difficulté où l'on est quelquefois de délimiter nettement la tumeur d'avec le tissu glandulaire.

Enfin, les récurrences sont fréquentes.

CHAPITRE III

Exothyropexie

En 1893, M. Poncet, de Lyon, a fait connaître une nouvelle opération de goître exophthalmique qu'il a appelée exothyropexie, ou opération de Jaboulay. C'est en effet à M. Jaboulay que revient l'idée directrice de cette opération.

Voici comment s'exprime M. Poncet, pour définir l'exothyropexie : « Il faut entendre par là le déplacement méthodique du goître, sur lequel on arrive à ciel ouvert par une incision plus ou moins longue, subordonnée au volume de la tumeur, et la même, d'ailleurs, que celle employée dans une strumectomie ou une thyroïdectomie. Le goître est mobilisé au milieu des parties molles qui l'entourent. Il est luxé au-dessus de la ceinture osseuse costo-sterno-claviculaire qui l'enserme, enfin, il est amené au dehors entre les lèvres de la plaie, au milieu desquelles il fait hernie. Le mot d'exothyropexie signifie donc l'exposition et, en même temps, la fixation au dehors de la tumeur thyroïdienne. »

Dans cette intervention, dont les temps sont parfaitement réglés, on se préoccupe, non-seulement de parer aux troubles fonctionnels plus ou moins graves, déterminés par le goître suffocant, en le luxant au-dessus du

cercle osseux qui l'entoure, mais encore d'en amener l'atrophie, soit par ces premières manœuvres chirurgicales, soit encore par son maintien en dehors de la plaie.

D'après ses auteurs, la thyroïdectomie serait inutile, et l'exothyropexie ferait, à elle seule, disparaître tous les accidents. « Il semble, en effet, dit M. Poncet, que le danger réel des hémorragies, sans parler d'autres complications, doive faire donner la préférence à la nouvelle opération que nous proposons. Ses avantages sont la sécurité opératoire immédiate, l'absence à peu près complète de tout écoulement sanguin, enfin la rapidité de son exécution, rapidité qui n'est pas à dédaigner dans une telle région. »

D'autre part, M. Jaboulay s'exprime ainsi : « Les faits ont déjà démontré l'efficacité de l'exothyropexie dans le goître exophthalmique. Nous avons opéré une jeune fille de 19 ans, porteur d'une maladie de Basedow typique et des mieux caractérisée; et deux autres jeunes filles du même âge qui avaient une forme fruste, c'est-à-dire des troubles nerveux et cardiaques coïncidant avec un goître, mais sans exophthalmie. Dans ces cas, la rétrocession des palpitations, de l'agitation, du tremblement, a coïncidé avec la rétrocession progressive du goître. Une fois celui-ci revenu aux dimensions ordinaires de la thyroïde et recouvert, la guérison des palpitations et du tremblement a été complète sur les deux dernières malades; mais il n'en a pas été de même pour la jeune fille qui avait un vrai goître exophthalmique. Au bout de deux mois, en

effet, après l'exothyropexie, et une fois la plaie cicatrisée, il y eut une récurrence du tremblement, de la tachycardie et de l'exophtalmie, qui atteignirent la même acuité qu'avant l'opération. Le goitre se mit à augmenter de volume, si bien que nous dûmes pratiquer une nouvelle luxation à l'extérieur. Dès le 3^e jour, le tremblement cessait brusquement et l'exophtalmie rétrocedait, chose curieuse, surtout du côté droit. »

La thèse de Stéfani, inspirée] d'ailleurs par M. Poncet, est un plaidoyer en faveur de l'exothyropexie qui, « quoique née d'hier, est venue grossir le chiffre de succès remportés par la chirurgie sur le goitre exophtalmique... avec elle, les malades n'ayant rien à craindre d'un côté ont tout à gagner de l'autre. »

« Pendant cette opération, dit Jenny, on n'a pas à redouter d'hémorrhagie sérieuse, pas d'entrée de l'air dans les veines. Elle fait cesser instantanément les troubles respiratoires, et elle a de plus l'avantage inestimable de la sécurité. De plus, elle peut être exécutée en quelques secondes, *ne nécessite pas une connaissance aussi approfondie de la région*, et met moins en danger la vie du malade. » Nous avouons franchement que cette dernière phrase nous laisse rien moins que dans l'étonnement. Nous ne croyons pas que, du fait que l'opération soit plus facile, on soit plus autorisé à ignorer l'anatomie de la région. Attendu qu'on pratique une opération sur le cou, cette région si délicate doit être connue à fond du chirurgien, aussi bien pour l'exothyropexie que pour la thyroi-

dectomie ; car combien de fois n'est-il pas arrivé que, croyant s'en tenir à la première, on a dû pratiquer la seconde ? Ce n'est donc là qu'un bien faible avantage de l'exothyropexie.

Et puis, faut-il croire que c'est là une opération aussi peu dangereuse, et a-t-elle vraiment l'avantage de la sécurité ? On peut répondre négativement sans crainte de se tromper. Le cas de la malade de M. Brissaud, opérée par M. Poncet à la Salpêtrière, ne vient-il pas donner un démenti à ces allégations trop absolues ? Reportons-nous à l'observation. Nous voyons qu'il s'agissait d'un cas franc et aussi complet que possible. Toutes les précautions avaient été prises pour l'exothyropexie. Elle a été faite dans les meilleures conditions. Le réveil se fit normalement, mais, ensuite la malade fut agitée, le pouls s'accéléra. Elle voulait sauter hors du lit, l'agitation alla croissant. Elle ne se calma que vers 6 h. 1/2 du soir pour entrer dans le coma. La respiration s'arrêta, le pouls continua encore quelque temps à battre, puis la mort survint au milieu de cet état particulier sans que rien ait pu la faire prévoir.

M. Jaboulay a observé encore deux cas dans lesquels, au lendemain de l'opération, se manifestèrent les symptômes de l'intoxication : agitation, délire, hyperthermie, congestion céphalique. La mort survint en peu de temps dans les deux cas. Comme il est facile d'en juger, la proportion de mortalité est très élevée, si l'on songe qu'il n'y a qu'une quinzaine de cas de goîtres exophtalmiques

traités par l'exothyropexie. Que devient alors cette prétendue sécurité opératoire ? Si cette opération peut réussir dans les cas de goître simple, on voit qu'elle est loin d'être satisfaisante dans son application particulière au goître exophthalmique.

De plus, après cette opération, on peut voir survenir la fièvre post-opératoire, avec agitation, délire, coma, tout aussi bien qu'après une thyroïdectomie. Nous décrivons cette complication plus loin. Qu'il nous suffise de savoir pour le moment que les observations publiées la mentionnent souvent. Nous venons de voir que la mort subite peut aussi être la conséquence d'une exothyropexie. Nous renvoyons encore le lecteur à l'étude des complications de la thyroïdectomie pour les explications que l'on a données de cette mort subite.

Un autre inconvénient, et qui n'est pas peu considérable, c'est la durée du traitement consécutif. L'atrophie se fait très lentement, et, par suite du suintement considérable qui se produit à la surface de la glande, les pansements doivent être fréquemment renouvelés. Jenny rapporte les cas de deux malades opérés à un ou deux jours d'intervalle. L'un avait un goître kystique, on lui fit une strumectomie ; l'autre un goître charnu diffus, on l'opéra par l'exothyropexie. Le premier quittait la clinique exactement quinze jours après l'intervention, l'autre, au bout de trois mois, était encore à l'hôpital non complètement guéri. De plus, il existe pendant toute cette durée de traitement, une plaie susceptible de s'infecter. Il est vrai

qu'on peut se mettre à l'abri de cet inconvénient par l'emploi d'une bonne antisepsie ; mais est-on sûr de toujours la réaliser complètement. Il suffira d'une faute seule, pour voir se développer au niveau de la plaie une réaction inflammatoire, voire même une infection.

Enfin un dernier reproche que nous adressons à l'exothyropexie, c'est la notable proportion des récidives. Mais une première remarque qu'il faut faire c'est que la récidive n'est pas aussi fréquente dans les cas de goître exophthalmique faux ou chirurgical, ou basedowifié, que dans les cas de goître exophthalmique pur, de maladie de Basedow classique. Cette remarque est basée sur les 3 observations de M. Jaboulay dont nous citons l'opinion plus haut.

Dans nos observations, nous rapportons plusieurs cas de récidive. Ainsi : (obs. 13) : La malade est opérée le 7 février. L'exophthalmie n'a pas bénéficié de l'opération. La malade, quelques mois plus tard, est redevenue une basedowienne ordinaire : pouls fréquent, palpitations, yeux gros. Le cou est redevenu gros. L'atrophie du corps thyroïde n'a pas été bien appréciable, aussi la cicatrisation a-t-elle été très lente. — (Obs. 14) : 3 récidives et après chaque récidive une nouvelle intervention qui n'amenait qu'une amélioration passagère. — (Obs. 23) : Cette observation est très instructive. Elle nous montre que la malade a été opérée 8 fois. Elle a subi trois exothyropexies, trois thyroïdectomies, une cautérisation de l'isthme et enfin une section du sympathique cervical. M. Jaboulay qui a

fait toutes ces opérations, ne peut s'empêcher de dire : « Il faut que notre goître exophtalmique relève des centres nerveux pour échapper ainsi aux lois de la physiologie pathologique des goîtres ordinaires ».

Somme toute, l'exothyropexie appliquée au goître exophtalmique n'est pas une opération d'une si incontestable sécurité et les améliorations ne sont pas assez rapides et sûres pour que nous puissions la conseiller. Aussi Riche persiste-t-il à croire que cette opération ne doit être qu'un pis-aller, et, dit-il, « je doute qu'elle soit destinée à un grand avenir. On a pu voir que l'innocuité n'en était pas absolue, et les suites en sont longues, malpropres et pénibles ». D'ailleurs, M. Poncet lui-même a changé d'avis depuis, et à la société de chirurgie, parlant de la malade qu'il opéra dans le service de M. Brissaud, et qui mourut 14 heures après son exothyropexie, il s'exprime ainsi : « Ces accidents et, d'autre part, le retour fréquent des signes fonctionnels et physiques qui avaient motivé l'opération et avaient cédé momentanément, m'ont rendu très circonspect. Pour ma part, je ne toucherai plus à un corps thyroïde en cas de maladie de Basedow ».

La méthode ne peut être mieux jugée que par son auteur, et tout commentaire serait superflu.



CHAPITRE IV

Thyroïdectomie

La thyroïdectomie est une opération consistant dans l'extirpation totale ou partielle de la glande thyroïde. La thyroïdectomie totale n'est plus employée aujourd'hui par les chirurgiens, depuis que l'on connaît les accidents du myxœdème consécutifs à cette opération. La thyroïdectomie partielle peut s'étendre sur un seul lobe de la glande, ou sur une partie plus étendue de la glande, mais alors qu'on conserve systématiquement de celle-ci une masse plus ou moins volumineuse dans le but d'éviter le myxœdème.

Cette opération fut pratiquée par les chirurgiens du XVIII^e siècle sur des goîtres simples, mais ils n'eurent que des désastres à enregistrer. On comprendra qu'il ne pouvait guère en être autrement, si l'on songe qu'à cette époque les moyens d'hémostase étaient plutôt imparfaits et que l'antisepsie était inconnue. « De plus, dit Augier, l'absence d'agents anesthésiques devait faire considérer l'ablation d'un goître plutôt comme un égorgement que comme une opération curative ». Aussi Wichmann disait-il en 1794 : « Vouloir extirper un goître, c'est, en bon allemand, couper littéralement la gorge à son patient ».

En France, les opérateurs hésitaient beaucoup, et ce n'est qu'à de rares intervalles que cette opération est pratiquée par Desault, Dupuytren, Nélaton etc. et encore n'ont-ils que des insuccès.

Avec les progrès dans les pansements, les hésitations cessèrent et en 1871, Brière, d'Yverdon voulut entreprendre la « réhabilitation de la thyroïdectomie. »

À partir de cette époque les opérations se multiplient. Kocher, Reverdin, Socin, Billroth font des thyroïdectomies *largâ manu*. Mais l'enthousiasme diminua considérablement lorsque, en 1882, Reverdin appela l'attention sur les accidents qui s'abattaient sur l'opéré après une extirpation totale de la glande.

La première opération de thyroïdectomie pour goître exophthalmique paraît être due à Heron Watson en 1873. Puis nous trouvons une thyroïdectomie exécutée par Lister, grâce à sa méthode antiseptique, et une opération d'Ollier la même année en 1877.

En 1880, M. le Professeur Tillaux fit sa première thyroïdectomie pour un cas de goître exophthalmique. Cette opération eut un grand retentissement et à partir de cette époque, les thyroïdectomies pour goître exophthalmique se multiplièrent, tellement tant en France qu'à l'étranger, qu'il serait trop long de les énumérer.

Actuellement, elles ont été pratiquées en assez grand nombre pour que nous puissions en apprécier les résultats. Nous devons dire que, s'il y a eu des succès, il y a eu de nombreux mécomptes qui révèlent une gravité spéciale

de l'opération, relativement la plus simple, dans certaines formes de la maladie de Basedow.

Nous allons étudier en détail les dangers et les complications qui peuvent se présenter au cours de l'opération ou dans les jours qui suivent.

Parmi ces complications, il en est qui peuvent survenir tout aussi bien après une thyroïdectomie pour goître simple qu'après une thyroïdectomie pour goître exophthalmique, cela tient à ce que la région sur laquelle on opère est la même dans les deux cas. Nous les étudierons quand même, car ces complications peuvent être assez graves pour mettre la vie de l'opéré en danger. Il en est d'autres qui semblent appartenir plus spécialement au goître exophthalmique, telles sont : la fièvre post-opératoire, la mort subite, la tétanie. Nous commencerons par étudier ces derniers pour passer ensuite aux autres complications dont nous parlions plus haut.

Nous ferons encore une autre remarque, c'est que, parmi ces complications, il y en a qui peuvent se produire tout aussi bien après une exothyropexie qu'après une thyroïdectomie. On comprendra que nous les ayons mentionnés seulement, en étudiant cette première opération, afin d'éviter des redites inutiles.

Fièvre post-opératoire. — Une chose qui frappe quand on parcourt les observations de malades ayant subi une opération sur le corps thyroïde, c'est l'élévation de température qui survient pendant les trois ou quatre premiers

jours, et même au-delà, après l'opération. Le jour même de l'opération ou le lendemain, la température s'élève souvent à 39° et 41°, pour osciller ensuite entre 38° et 39°. Ainsi nous relevons : (observ. III, la malade a de la fièvre après l'opération, le sommeil est très agité) ; (observ. IV : La température monte toujours, l'abattement est prononcé) ; (Observ. V : Température à 39°3, pouls 132, respiration 60, collapsus est mort) ; (Observ. IX : Température 40°, pouls 185, augmentation de la dyspnée ; situation très critique) ; (observ. X : à la suite de l'opération, la malade eut de la fièvre, la plaie ne prit pas un bon aspect) ; (observ. XVII : agitation, fièvre, la nuit de l'opération 39°2, le lendemain 37°5, puis 38°, pouls à 155) ; (Observ. XVIII : fièvre et élévation considérable de la température) ; (observ. XXI : La température de la malade s'élève après l'opération.

Comme on peut s'en rendre compte, la fièvre et l'élévation de la température sont notées dans presque toutes nos observations, plus ou moins persistantes, plus ou moins graves. La première pensée qui vient à l'esprit est que ces malades font une infection au niveau de leur plaie.

Des recherches poursuivies méthodiquement ont montré qu'il ne s'agissait pas d'une fièvre septique post-opératoire. Les modifications de la température après les interventions sanglantes sur le corps thyroïde ont été étudiées par Gérard et Jenny dans leurs thèses. Il ont montré que le plus souvent il s'agissait de phénomènes qui d'ailleurs pouvaient manquer totalement, et dont l'apparition et la modalité, aussi bien que l'intensité et la durée, étaient

sujettes à de nombreuses variations. Si les manœuvres sur le tissu thyroïdien ont été prolongées et étendues, comme cela arrive par exemple lors d'une thyroïdectomie qui est toujours d'assez longue durée, l'hyperthermie est très prononcée et tenace. Elle ne survient pas au contraire dans le cours d'une énucléation rapidement faite de petites tumeurs superficielles. D'après les observations, on voit que, lorsque la température persiste à rester élevée, il survient des phénomènes généraux graves, qui, par leur durée, peuvent entraîner la mort. Ainsi on constate souvent de l'agitation, des malaises divers, des douleurs mal localisées, de la dyspnée, de la tachycardie, de la congestion céphalique, etc., et ces accidents ne doivent pas être attribués à l'élévation de la température, mais bien à la cause elle-même de cette hyperthermie.

Quelle est donc la cause de cette hyperthermie ? A quoi faut-il attribuer tous ces phénomènes ? Nous avons fait remarquer au début que la première idée qui se présentait à l'esprit était celle d'une septicémie au niveau de la plaie opératoire. Mais ces opérations ont été faites avec toutes les précautions voulues ; et d'ailleurs dans presque toutes les observations on relève cette phrase : « L'examen de la plaie montra qu'elle était aseptique et qu'il n'y avait pas de réaction inflammatoire capable d'expliquer l'hyperthermie. » Et puis ces phénomènes ne surviennent-ils pas de la même façon dans l'exothyropexie ; dans ce cas l'opération est faite à ciel ouvert, la plaie aseptique est pansée à plat et ne peut retenir des produits d'intoxi-

cation et cependant, la température s'élève, l'agitation, le délire et la mort peuvent s'en suivre. C'est dans ces conditions que mourut l'opérée de M. Poncet, dans le service de Monsieur Brissaud.

Il faut donc chercher ailleurs l'explication de tous ces phénomènes. On a pensé à une sorte de toxhémie d'origine thyroïdienne. Mais alors comment se produirait cette toxhémie ? Faut-il invoquer une hypersécrétion thyroïdienne, avec résorption massive des produits thyroïdiens secrétés, à la suite du traumatisme de la glande et des vaisseaux lymphatiques ? Gayet, pense que l'opération donne un coup de fouet à la maladie et provoque une suractivité glandulaire. Ou bien, à la suite du traumatisme chirurgical, se produit-il une modification dans les sécrétions glandulaires, qui, de physiologiques, peuvent devenir pathologiques ? Ou encore, s'agit-il d'un trouble fonctionnel de la glande et d'une rétention passagère des produits qui devraient être éliminés normalement ? On est embarrassé pour conclure entre toutes ces théories. Toutefois nous admettrions volontiers que la fièvre thyroïdienne, avec tout son cortège de symptômes généraux, à pour cause un empoisonnement suraigu, une intoxication, due à la pénétration de suc thyroïdien dans le système circulatoire.

Ce qui justifie cette hypothèse d'une intoxication avec absorption exagérée, c'est d'abord ce fait que, dans les exothyropexies, il se produit à la surface de la glande mise à nu, pendant les trois ou quatre premiers jours qui sui-

vent l'opération et même au delà, un épanchement considérable d'un liquide séreux, très probablement d'origine thyroïdienne. Les pièces de pansement sont souillées par ce liquide, lequel peut être résorbé par les lèvres de la plaie. Ensuite cet autre fait que la courbe de température chez les opérés de thyroïdectomie ressemble beaucoup à la température de malades éprouvés par la médication thyroïdienne. Voilà pourquoi M. Tuffier recommande d'éviter la malaxation du corps thyroïde et l'épanchement du liquide thyroïdien dans la plaie, pour se mettre à l'abri de toutes les complications.

En résumé, il se produit après les opérations sur le goître exophthalmique, une élévation de température, accompagnée d'accidents généraux et due, vraisemblablement, à une toxémie thyroïdienne, ayant elle-même pour cause une hypersécrétion glandulaire et une absorption du suc thyroïdien par la plaie.

Mort subite. — Il est un danger que le chirurgien doit redouter par dessus tout, car il est sans remède, c'est la mort survenant brusquement ou dans les quelques heures ou jours qui suivent l'opération. Malgré les travaux nombreux publiant les succès de la thyroïdectomie et de l'exothyropexie, l'enthousiasme pour ces opérations doit être singulièrement diminué, quand on étudie les statistiques. Et encore ces statistiques ne rapportent-elles pas fidèlement tous les faits car les cas malheureux sont moins rares que les publications ne semblent en témoigner, et

rien ne vaut pareilles surprises pour modérer des affirmations trop absolues.

M. Lejards, dans sa communication à la Société de chirurgie sur le goître exophtalmique, rapporte la statistique d'un auteur américain, Allen Starr. Nous avons consulté ce travail et nous voyons que sur 190 cas dont un grand nombre appartiennent à la chirurgie américaine, il y eut 23 morts subites après l'opération, et il n'y a que 74 cas reportés comme entièrement guéris. « C'est là, dit M. Lejards, une proportion relativement fort élevée et qui est de nature à rendre très lourde la responsabilité opératoire, au moins dans la forme typique du goître exophtalmique, dans la maladie de Basedow proprement dite. »

A quoi donc faut-il attribuer ces résultats malheureux, cruelles surprises pour l'opérateur, alors que rien ne peut les faire prévoir ?

Cette mort subite pendant et après l'opération est un fait anciennement connu. Dans un important mémoire qu'il consacre à cette question, Rose, de Zurich, l'attribue à une dégénérescence graisseuse du cœur, ayant une origine mécanique, et succédant à la dilatation des bronches, au catarrhe pulmonaire et à l'emphysème déterminés eux-mêmes par la difficulté de la respiration que cause la diminution du calibre de la trachée. Nous ferons remarquer que la dyspnée est loin d'être constante chez les Basedowiens, Elle est beaucoup plus fréquente et plus intense chez les individus porteurs d'un goître Basedowifié que chez les Basedowiens purs ; de plus chez ces

derniers, le goître n'est pas très gros, en général, il peut même manquer ; dès lors la trachée ne saurait être diminuée dans son calibre par la compression. Ainsi, la malade de Putnam (Obs. XVII) n'avait pas de dyspnée, pas de lésions bronchiques ou pulmonaires, et pourtant elle est morte subitement. Chez la malade de M. Lejards, la trachée était un peu plus molle que d'ordinaire mais non aplatie. La malade avait de la dyspnée, mais c'était une dyspnée nerveuse. Il faut donc invoquer, outre la compression, une action réflexe. Toutefois l'aplatissement de la trachée peut être cause de mort subite, sans aucun doute, les observations en font foi ; nous étudierons cette complication dans un autre paragraphe.

Il est un autre fait, récemment mis en cause, auquel on attribue la mort subite, nous voulons parler de la persistance ou reviviscence du thymus. C'est à Paltauf que l'on doit la description de ce qu'il a appelé l'état thymique chez les Basedowiens chez lesquels, dit-il, le thymus s'hypertrophie par ses follicules lymphatiques. Il avait constaté ces altérations, pour la première fois dans des cas de mort subite, survenue pendant la narcose chloroformique. Dans les cas de maladie de Basedow, traités par l'ablation du corps thyroïde, on a toujours rencontré cet état thymique. D'après Paltauf, ce n'est pas le thymus lui-même qui doit être la cause de la mort subite. La persistance de cet organe, n'est qu'un des symptômes d'une anomalie constitutionnelle consistant dans l'hypertrophie de tous les follicules lymphatiques, anomalie accompagnée assez

souvent de chlorose. Il estime d'ailleurs qu'il ne s'agit pas d'une véritable persistance du thymus, mais bien d'une hyperplasie du tissu lymphatique inclus dans le tissu adipeux qui persiste après l'atrophie du thymus.

Möbius avait également signalé l'existence d'une hyperplasie fréquente du thymus chez les personnes atteintes de maladie de Basedow. Il cite cinq autres cas ; ce sont ceux de Johnstone (1884), de Hale White (1886), de Mosler (1889), de Spencer (1891), de Lasvenes (1891). Nous pouvons ajouter les cas de Schnitzler, de M. Lējards et de M. Marie. On trouvera dans nos observations que Schnitzler, après avoir pratiqué la thyroïdectomie, vit son opérée mourir subitement. A l'autopsie on trouva une persistance du thymus, et un léger rétrécissement de l'aorte. Chez l'opérée de M. Lējards on trouva également une persistance du thymus qui se prolongeait en se bilobant, dans le creux sus-sternal ; il pesait 69 grammes. M. Marie, à la société médicale des hopitaux 1893, dit qu'il a observé un fait de reviviscence du thymus dans une maladie de Basedow avec tabes. Il ajoute, après avoir rapporté les cas de Möbius : « Il ne s'agit donc pas là d'un simple hasard d'autopsie. Aussi ce fait de la reviviscence du thymus est-il extrêmement intéressant, puisque, indépendamment de tout examen histologique, il semble nous prouver d'une façon péremptoire, que dans la maladie de Basedow, le corps thyroïde est atteint et foncièrement atteint, à tel point que son altération détermine la reviviscence de glandes homologues. Peut-être cette considération sera-

t-elle de nature à influencer, pour une certaine part, dans l'idée que nous devons nous faire sur la nature de cette maladie, qui pourrait bien n'être pas une névrose aussi pure qu'on tend à le croire. »

On a encore attribué la mort subite à l'accumulation de mucus dans le pharynx. Nous voyons que cette particularité est notée assez souvent dans nos observations. Solary, dans sa thèse, dit que M. Péan fait remarquer très souvent, au cours d'une thyroïdectomie, la présence de nombreuses mucosités dans le larynx qui pourraient bien être dues à l'excitation produite par l'opération. Wolff, pour qui les morts subites sont dues à cette accumulation de mucosité dans la gorge, dit que ces dernières sont amenées de l'estomac par les vomissements dus à l'anesthésie. Shönlank soutient que les hypersécrétions bronchiques sont dues aux impuretés de l'éther, puisque, d'après Vogel, elles disparaissent en administrant de l'opium aux malades.

Dès lors, se pose cette question : La mort subite ne peut-elle pas être attribuée à l'agent anesthésique ? Poppert, accuse l'éther de donner de l'œdème pulmonaire ; cette opinion repose sur une observation personnelle. Nous venons de voir que Shönlank condamne aussi l'éther. Pour Allen Starr, « la mort peut être due aux effets de l'éther, d'autant qu'il est connu pour être un anesthésique dangereux dans le goître exophtalmique. D'autre part, Rivière dit que, dans les cas simples sans trachéo-bronchite appréciable, sans expectoration muqueuse, l'éther

doit être préféré en raison de son innocuité. « Avec ce dernier agent, dit-il, on s'expose moins à la production, au cours de l'opération, des abondantes et gênantes mucosités pharyngiennes, trachéales, bronchiques, et on ne court pas au même degré le risque de voir se produire des accidents broncho-pulmonaires qui peuvent entraîner la mort. » Les opinions ne peuvent être plus contradictoires.

Julliard et Roux (de Lausanne) redoutent et condamnent l'anesthésie générale, qu'ils accusent d'augmenter la congestion veineuse, les hémorragies, et de provoquer des vomissements dangereux pendant ou après l'opération. Ils préfèrent l'anesthésie cocaïnique, d'autant plus que dans les opérations de goître exophtalmique, la tumeur thyroïdienne peut provoquer des troubles respiratoires et cardiaques et, par suite, l'éthérisation ou la chloroformisation deviennent plus difficiles. Avec l'anesthésie cocaïnique, les malades souffrent un peu, il est vrai, mais on peut mieux se rendre compte de l'opération et on est à l'abri de l'asphyxie.

On a invoqué comme cause de mort subite le shock opératoire. « En réalité, dit M. Brissaud, ce mot ne sert qu'à cacher notre ignorance. Dernièrement, dans les Archives de physiologie, M. Roger a essayé d'expliquer la nature du shock opératoire. Il serait dû, en réalité, à des éléments disparates. Il faut y faire rentrer des accidents cardiaques, cérébraux et bulbaires. Il semble que la mort, en pareille circonstance, soit la conséquence d'une idio-

syncrasie, qui ne permet pas l'ouverture des téguments, sans que les plus graves conséquences s'en suivent. » M. Marie dit d'autre part : « N'est-on pas autorisé à chercher la raison des accidents en partie dans le shock opératoire, infligé à un système nerveux primitivement et profondément troublé. »

Une opinion qui semble rallier le plus grand nombre de suffrages, attribue la mort subite à une hyperthyroïdisation, laquelle donnant à la maladie une forme suraiguë, entraîne la mort dans les heures ou jours qui suivent l'opération. En étudiant la fièvre post-opératoire, nous avons vu qu'elle était due probablement à un empoisonnement par le suc thyroïdien déversé dans l'organisme. Que cet empoisonnement persiste ou augmente, la mort subite survient en peu de temps. Nous relevons en effet, dans la moitié presque de nos observations, qu'immédiatement après l'opération, et malgré les précautions antiseptiques, il y eut une élévation soudaine de la température, un pouls très rapide, une excitabilité et une agitation nerveuse extrêmes, avec anxiété, sueurs profuses, et finalement collapsus et mort par asystolie. « L'explication la plus raisonnable pour cette série de symptômes, dit Allen Starr, est un empoisonnement soudain de l'économie tout entière par une absorption excessive de suc thyroïdien, produite subitement pendant l'opération. Cet empoisonnement peut-être dû à la manipulation nécessaire de la glande durant l'opération, ou à l'absorption de ses sécrétions par les vaisseaux sanguins béants

qui ont été déchirés ou coupés, ou à une hypersécrétion de la glande avec absorption consécutive se produisant pendant l'opération ». M. Debove, à propos de la malade opérée M. Lédards, s'exprime ainsi à la société médicale des hôpitaux : « La cause de la mort chez notre malade reste bien mystérieuse et on ne peut s'empêcher de penser à une sorte d'intoxication. La glande thyroïdienne irritée pendant l'opération a-t-elle versé dans le sang une quantité anormale de suc thyroïdien, produisant des effets analogues à ceux qu'aurait produits une injection de ce même suc » ? c'est une hypothèse que je vous soumets. M. Poncet dit aussi : « Ces désastres ne doivent être rapportés, selon moi, ni au choc, ni à une infection septique, mais à une toxémie thyroïdienne ».

Nous venons de voir que Allen Starr attribue la suractivité de la thyroïde à la manipulation nécessaire de cette glande pendant l'opération. L'augmentation de l'excitabilité nerveuse et de la rapidité du pouls, à la suite d'une manipulation de la glande, est un fait que tout malade, atteint de maladie de Basedow, connaît bien ; aussi ne se prête-t-il pas volontiers à l'examen, et cherche-t-il à se soustraire à la manipulation, à la compression de son corps thyroïde. « Une telle manipulation, dit Allen Starr, est inévitable pendant l'opération et me paraît être l'explication naturelle de l'intoxication qui suit l'opération ». C'est également l'opinion du Dr Cosh qui pense que « les morts subites n'étaient pas dues à l'infection ou au shock opératoire, mais à une condition déterminée par des symp-

tômes d'intoxication résultant de la manipulation de la glande par le chirurgien et de l'ouverture de vaisseaux ».

En France, M. Tuffier a attiré l'attention sur cette manipulation de la glande qu'il faut éviter le plus possible et, à propos de deux malades atteintes de goître exophthalmique qu'il a opérées et qu'il présente guéries il dit : « Pendant l'opération j'ai mis tout en œuvre pour éviter la malaxation du corps thyroïde, et l'écoulement du suc thyroïdien dans la plaie. La cautérisation au fer rouge des surfaces thyroïdiennes sectionnées a été pratiquée dans le même but, et je suis convaincu que les morts rapides sont des morts par empoisonnement thyroïdien aigu, provoqué par les manœuvres opératoires, la *malaxation* de la tumeur, et l'écoulement du suc thyroïdien dans la plaie ». Allen Starr, toutefois, croit que ce n'est point là la seule explication, car dans trois cas où il y avait eu mort subite, le goître était extrêmement petit, et il ne peut s'empêcher de penser que la sécrétion de la glande est stimulée par l'inhalation de l'anesthésique, ou par l'appréhension de la malade pour l'opération ; voilà pourquoi il est partisan de l'anesthésie par la cocaïne plutôt que par l'éther.

Enfin une dernière opinion, bien différente de toutes celles que nous venons de passer en revue, est celle de M. Abadie. Dans un tout récent article, publié dans la *Presse médicale* du 3 Juillet 1897, M. Abadie rejette, comme cause de mort subite, l'intoxication produite par l'introduction directe du suc thyroïdien dans le courant sanguin. Il explique les morts subites par un tiraillement

des filets nerveux du sympathique produisant une augmentation de l'excitabilité des vaso-dilatateurs, et par suite aggravation de la tachycardie. Voici comment il s'exprime : « Dans l'exothyropexie on ne touche pas au corps thyroïde, on se contente de l'attirer en avant et de le mettre à nu ; or c'est l'opération qui compte à son actif le plus d'issues funestes. Avec la théorie de l'excitation des vaso-dilatateurs du sympathique cervical, la gravité de ces accidents s'explique au contraire aisément. Quand on fait une thyroïdectomie partielle, on est obligé de tirer les filets nerveux du sympathique et de laisser dans la plaie des ligatures qui les irritent. D'où par acte réflexe, augmentation de l'excitabilité des vaso-dilatateurs, et aggravation de la tachycardie pouvant aller jusqu'à la mort. Dans l'exothyropexie, où tout le corps thyroïde est porté en masse en avant, ces tiraillements atteignent leur maximum d'intensité. C'est aussi dans ces cas que la mort est la plus fréquente. »

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, les conditions sont nombreuses qui permettent d'expliquer la mort subite. Laquelle de ces causes se réalise le plus souvent ? Il est probable que souvent il y en a plusieurs réunies. Toutefois celle qui nous paraît être la plus fréquente c'est la toxémie thyroïdienne, et c'est à celle-là qu'il faudra surtout penser si l'on se décide à l'opération.

Tétanie. — Un accident très sérieux consécutif à la thyroïdectomie est la tétanie. Nous disons très sérieux et

très grave, car il est souvent mortel. Voici comment cela se passe en général : le malade à peine remis dans son lit, ou le soir de l'opération, ou bien le lendemain ressent une certaine gêne dans les mains. Celles-ci se ferment convulsivement. Si on les ouvre, elles se referment aussitôt. Ces crampes douloureuses, ces spasmes tétanoïdes peuvent affecter également les pieds, et ils se produisent soit spontanément, soit à propos d'un mouvement imprimé à l'opéré. D'ordinaire l'accès dure une heure, deux heures et ne se reproduit plus. Mais les accès peuvent aussi se multiplier, et présenter une évolution plus sérieuse. Leur intensité augmente et la mort en est la conséquence. L'emploi du bromure de potassium reste même inefficace.

Dans un cas de Weiss, la tétanie survint après l'opération, les accès furent de plus en plus fréquents et la mort arriva en peu de temps. En 1891, il y eut à la réunion libre des médecins de Berlin, une discussion importante sur la maladie de Basedow. Dans la discussion Gauser dit que le docteur Stelzner avait fait deux fois la thyroïdectomie dans deux cas de goître exophtalmique. Dans l'une de ces opérations, toute la glande fut enlevée ; il survint de la tétanie et de l'affaiblissement mental. Dans l'autre, il n'y eut qu'une extirpation partielle, mais il survint également de la tétanie et, de plus, les symptômes Basedowiens ne furent pas modifiés. Von Eiselsberg rapporte que sur cinquante deux ablations totales de corps thyroïde faites dans le service de Billroth, il y eut douze fois de la tétanie, parmi lesquelles quatre

furent mortelles, dont l'une au bout de sept mois. Reverdin en a aussi publié trois cas.

A quoi est donc dû cet accident ? Peut-on en donner l'explication ? Wagner, Horsley, V. Eiselsberg l'attribuent à la suppression de la fonction de la glande thyroïde et à l'accumulation de mucine dans le sang. Les autres, parmi lesquels nous citerons Weis, accusent la section de nombreux rameaux vasculaires du réseau sympathique périphérique d'être la cause déterminante de la tétanie. Quant à Reverdin, il l'attribue à une irritation du grand sympathique au niveau de la plaie opératoire. Il est difficile de dire quelle est parmi toutes ces théories, celle qui est la vraie. Toutefois, il semble résulter des expériences remarquables de V. Eiselsberg que la tétanie doit rentrer dans le cadre des myxœdème, cette complication redoutable de la thyroïdectomie totale. On sait que dans ce cas, il y a une production abondante de mucine dans tout l'organisme. La tétanie s'observe presque uniquement chez la femme ; cela se comprend facilement, attendu que le goître exophtalmique lui-même est de beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Hémorrhagie. — L'accident le plus à craindre et le plus fréquent au cours de l'opération est, sans contredit, l'hémorrhagie. C'est elle qui a fourni le principal argument contre cette opération, et l'on conçoit que les chirurgiens d'autrefois, n'ayant pas à leur disposition l'outillage actuel, devaient la redouter davantage. J. L. Petit ne disait-il pas : « L'exemple de Madame X*** me fait trembler. Elle avait un goître ou bronchocèle qui depuis

trois ou quatre ans, nuisait plus à sa beauté qu'à ses fonctions. Quelqu'un lui persuada qu'il le lui ôterait sans risques ; cette entreprise lui coûta la vie par la difficulté qu'eut l'opérateur d'arrêter le sang ». En 1826, Mayor de Lausanne, disait : « Extirper un goître ! A ce seul mot le chirurgien le plus intrépide est saisi d'épouvante. Les nombreuses victimes de cette opération et les dangers dont elle est environnée justifient cet effroi ».

Depuis, malgré les progrès de la chirurgie tous les opérateurs ont eu des accidents de ce genre à déplorer. M. le Professeur Tillaux dans ses cliniques chirurgicales raconte que « Nélaton aidé de Denonvillers et de Demarquay avait tenté un jour l'ablation d'une tumeur du corps thyroïde. La malade était morte d'hémorrhagie avant même la fin de l'opération, aussi conseillait-il vivement de ne jamais toucher à ces tumeurs ». « L'hémorrhagie, dit Lavisé, encore qu'on ne néglige aucune précaution pour la prévenir, peut se produire, inquiétante par le volume, par le siège profond du vaisseau lésé, inquiétante aussi par l'abondance d'un suintement sanguin continu pendant toute la durée d'une opération presque toujours longue ». Les cas de Schwartz, Quénu, Cosh, dont nous rapportons les observations, et de bien d'autres encore, sont très instructifs à cet égard. M. Quénu, enlevant un lobe hypertrophié eut une hémorrhagie épouvantable, en divisant l'isthme : « Je plaçai, dit-il, une ligature sur la surface saignante, elle coupa le tissu thyroïdien et l'hémorrhagie continua. En désespoir de cause, je fis la **thyroïdectomie totale** pour mettre fin à l'écoulement de

sang ». Dans l'observation du Docteur Cosh, nous relevons ceci : « il y eut une très forte hémorrhagie et les ligatures seules ne suffirent pas à arrêter le sang, si bien que je fus obligé de recourir au tamponnement avec de la gaze ». M. Schwartz s'exprime ainsi : « Ce qui me frappa ce fut l'abondante hémorrhagie provoqué par l'opération ; il me fut impossible de l'arrêter malgré les pinces nombreuses, malgré le tamponnement, et j'allais procéder à une thyroïdectomie unilatérale hémostatique, quand j'eus l'idée de tamponner avec de la gaze saupoudrée d'antipyrine. Le sang s'arrêta assez rapidement ».

Comme il est facile d'en juger l'hémorrhagie est un accident grave au cours d'une thyroïdectomie pour goître exophtalmique, et il est prudent d'y penser, afin de la prévenir si possible.

M. Abadie cherche à expliquer cette hémorrhagie par la théorie vaso-dilatatrice. « Les chirurgiens, dit-il, qui ont pratiqué la thyroïdectomie partielle, ont été souvent surpris par des hémorrhagies formidables, hors de proportion avec le volume de la tumeur à enlever, hémorrhagies très difficiles à arrêter. La vaso-dilatation active des parois des artères, qui ne cesse pas après leur section, et maintient leur calibre béant, explique précisément très bien ces hémorrhagies incoercibles. »

D'où provient cette hémorrhagie ? Le plus souvent elle provient de l'une des thyroïdiennes ou même des branches de la linguale comme dans le cas de Tillaux. C'est ce qui faisait dire à Reverdin en 1883 : « sus aux thy-

roïdiennes par le plus court chemin et le plus rapidement possible ». Roux a vu des hémorrhagies graves des thyroïdiennes inférieure et supérieure. Mais une remarque qui a son importance, c'est que l'hémorrhagie provient souvent de la zone périphérique, capsulaire, lorsque le goître exophthalmique est dû à une tumeur développée dans un de ses lobes. Le tissu thyroïdien est en effet repoussé à la périphérie, et l'examen de la tumeur démontre que la capsule est très vascularisée. L'hémorrhagie peut encore avoir une autre source. On peut se trouver en présence d'hémorrhagies veineuses, dont l'abondance et la gravité sont subordonnées au nombre et au calibre des veines divisées. On sait en effet que dans le premier temps des opérations thyroïdiennes il peut se produire une hémorrhagie veineuse, dans le cas où la tumeur ayant augmenté rapidement de volume, les réseaux veineux cutanés et sous-cutanés ont subi un développement considérable. On évitera cette hémorrhagie en sectionnant les deux grosses veines entre deux pinces hémostatiques. On doit d'autant mieux se mettre à l'abri de ces hémorrhagies du début de la thyroïdectomie, que le sang, en inondant le champ opératoire, gêne considérablement l'opérateur dans ses manœuvres ultérieures et qu'il est assez difficile de faire l'hémostase, soit spontanée soit avec des pinces, car il s'agit de déchirures et de divisions de veines incomplètes rendant la formation du caillot très difficile.

Il arrive quelquefois que dans les heures ou les jours qui suivent l'opération, un liquide séro-sanguinolent s'écoule de la plaie thyroïdienne en assez grande quantité.

Cet écoulement ne doit pas être confondu avec une hémorragie secondaire. Mais il faut savoir aussi que l'hémorragie secondaire peut apparaître si l'hémostase n'a pas été complètement assurée, et que la toux, les efforts du malade, les mouvements qu'il fait au réveil et même une sorte de réaction vasculaire, peuvent encore la provoquer. Cette hémorragie consécutive se produit d'autant plus facilement que les tissus sont très friables. Kocher faisait de cette friabilité des vaisseaux une objection sérieuse à la thyroïdectomie. Dans ces cas, il faut faire sauter les points de suture, aller à la recherche des vaisseaux, les lier, si possible, sinon faire de la compression.

Accidents dûs aux lésions de la trachée.—La dyspnée, que l'on trouve notée dans quelques observations, peut ne pas dépendre d'une inflammation broncho-pulmonaire et cependant déterminer des crises de suffocation terribles pouvant se terminer par la mort. A quoi donc est due cette dyspnée? Elle s'explique par les modifications subies par le larynx et la trachée, lesquelles modifications sont plus marquées dans les goîtres Basedowifiés que dans les goîtres exophtalmiques purs. Tantôt ces organes sont rejetés latéralement, tantôt ils sont surtout déformés et plus ou moins aplatis. Ces lésions sont d'ailleurs souvent associées et elles expliquent les accès de suffocation survenant pendant l'anesthésie, l'opération, ou même après, et pouvant provoquer des accidents asphyxiques aigus.

Ces accidents sont faciles à reconnaître. Attendu qu'il y a eu de la gêne respiratoire, il y a eu compression de la trachée et par suite modification de son calibre.

La lésion la plus commune et la plus grave est celle en lame de sabre, décrite par Bonnet, Wirchow.

Dans nos observations elle est notée plusieurs fois. Ainsi nous voyons : (Observ. IV : la trachée est fortement comprimée) ; (observ. V : la trachée à la forme d'un fourreau de sabre) ; (observ. VII : on s'aperçoit alors que, à chaque inspiration, les parois très ramollies de la trachée, déformée en fourreau de sabre, s'aplatissent, et, de la sorte, gênent considérablement la respiration.

A cet aplatissement s'ajoute ordinairement la perte d'élasticité des cerceaux cartilagineux, sur laquelle Rose, de Zurich, a attiré l'attention, et à laquelle il a donné le nom de dégénérescence graisseuse. A l'autopsie de la malade de M. Lējards on trouva que la trachée était un peu plus molle qu'elle ne l'est d'ordinaire. On comprend, dès lors, comment la trachée, qui n'est pas soutenue par son coussinet naturel, la glande thyroïde, et qui présente des lésions anatomo-pathologiques prononcées s'affaisse, après l'opération, sous l'influence de la pression atmosphérique, et se réduit en un ruban sans forme propre, ni résistance ; d'où la production de ces accès de suffocation survenant pendant ou après l'opération et pouvant se terminer par la mort subite.

Aussi pour remédier à cet aplatissement de la trachée, Kocher avait-il imaginé un procédé, consistant à passer, dans une paroi latérale de la trachée, un fil suspenseur, à le fixer et à venir le nouer au devant de l'angle antérieur avec un fil semblable attaché à la paroi opposée. L'observation VII nous montre que le fil peut arriver à

perforer complètement la paroi trachéale et dès lors on encourt de sérieux dangers d'infection. C'est ce qui est arrivé à la malade dont nous parlons laquelle mourut d'infection consécutive à la perforation trachéale.

Que faire alors quand on voit un malade se cyanoser et asphyxier en quelques secondes après l'opération, et qu'on suppose que ces accidents sont dus à un aplatissement de la trachée ? Il est évident que l'on doit d'abord systématiquement mettre en œuvre tous les moyens ordinaires, et cela pendant un temps assez long. Mais si ces moyens ordinaires ne suffisent pas, on doit recourir à la trachéotomie. Nous ne devons pas nous dissimuler que cette opération surajoutée aggrave singulièrement le pronostic, mais enfin, c'est la dernière chance de salut quand les autres moyens n'ont pu conjurer l'asphyxie. Dans nos observations, nous voyons que la trachéotomie a été pratiquée plusieurs fois et la malade a succombé quand même. Ainsi : (observ. VIII ; Immédiatement après l'opération, la respiration devient irrégulière et la malade se cyanose. Malgré la trachéotomie, la mort survient en peu de temps (observ. XII ; on procédait au pansement quand la malade fut prise d'une toux incessante, avec dyspnée intense et bronchorrhée abondante je pratiquai la trachéotomie, mais en vain ; (observ. XVI ; toutes les tentatives faites pour la ramener à la vie restèrent infructueuses.

On voit que la trachéotomie est grave et complique l'opération. Aussi ne doit-elle être pratiquée qu'à bon escient. Peut-être pourra-t-elle être utile dans certains cas et prévenir quelqu'un de ces morts subites, dues à un

aplatissement de la trachée ou à une sorte de syncope respiratoire, à un réflexe d'arrêt.

Troubles de la voix. — Les troubles de la voix sont assez fréquents après les thyroïdectomies pour goitre exophthalmique. On peut observer depuis la simple raucité de la voix, l'enrouement, jusqu'à l'aphonie complète et quelquefois même définitive. La raucité de la voix après l'opération est très commune. Quant à l'aphonie, c'est la complication la plus frappante et la plus redoutable.

Analysons nos observations ; nous y trouvons : (obs. 1 : La malade est encore enroutée... à sa sortie de l'hôpital elle n'a pas encore recouvré sa voix) ; (obs. 7 : un peu d'aphonie survenue le 3^e jour ne pouvait s'expliquer que par une légère infiltration sanguine développée dans le tissu cellulaire qui englobe les deux récurrents) ; (obs. 9 : un examen du larynx fait aussitôt après l'opération montra qu'il existait une paralysie des muscles innervés par le récurrent droit. L'abduction et l'adduction de la corde vocale droite faisaient défaut, et, pendant la phonation, la corde gauche croisait la ligne médiane. Cette paralysie persiste encore et la voix est faible, mais faible et articulée.

Tous ces troubles sont dus aux lésions des nerfs voisins qui peuvent être diversement intéressés.

La dénudation et la section du pneumogastrique peut avoir des résultats différents. Lucke rapporte que, chez une femme de 28 ans, chez laquelle il avait extirpé plusieurs tumeurs du cou, il excisa la jugulaire et le pneumo-

gastrique sur une longueur de 12 centimètres, et la malade n'éprouva ni troubles circulatoires ni troubles respiratoires. M. Peyrot, dans un cas compliqué, dut réséquer, non seulement les vaisseaux, mais encore le nerf pneumogastrique droit. La malade guérit néanmoins des suites de l'opération.

Par contre Mauser et Fischer, en opérant des cancers thyroïdiens ont vu la mort survenir après des sections du pneumogastrique. Riedel accusa dans un cas l'acide phénique, employé pour maintenir l'asepsie du champ opératoire, d'avoir déterminé l'inhibition de ce nerf et par suite la mort. Julliard et Boyer en faisant l'autopsie de deux cas de mort rapide ont trouvé des suffusions sanguines dans la gaine du pneumogastrique.

Il peut y avoir aussi des lésions du sympathique cervical consécutives à l'opération. Reverdin, Kapeller, Bruns ont observé des troubles papillaires dépendant évidemment de lésions du sympathique. Roux a fait ressortir la difficulté qu'il eut parfois à séparer du tronc thyroïdien les rameaux du sympathique souvent enroulés comme un lierre autour d'un arbre. Nous savons que Gayet attribue l'action exercée sur le goître par la ligature des artères thyroïdiennes, à la ligature des filets du sympathique qui accompagnent ces artères.

L'hypoglosse peut encore être lésé, et dans ce cas, on se trouve en présence d'une paralysie unilatérale de la langue avec gêne de la parole ; mais cette lésion est rare

et nous arrivons de suite aux lésions des nerfs récurrents, qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

D'ailleurs, on pourrait s'étonner que ces lésions ne soient pas plus communes, quand on étudie, non-seulement les rapports des récurrents avec la thyroïde, mais encore la confusion que la tumeur apporte dans ces rapports. M. Jaboulay prétend que dans la ligature des branches de la thyroïdienne inférieure, il est parfois impossible d'éviter la prise du récurrent, surtout à gauche. M. le professeur Tillaux dit, dans son « Traité d'anatomie topographique », « qu'il n'est pas toujours facile d'éviter la section des nerfs récurrents, le nerf étant quelquefois comme fusionné avec le lobe correspondant. »

Le récurrent peut être lésé de plusieurs façons, il peut être pincé, lié ou sectionné. Il peut encore être comprimé dans une suffusion sanguine qui l'entoure, comme dans le cas de la malade de l'observation 7, où il est dit que l'aphonie qui survint le 3^e jour, ne pouvait s'expliquer que par une légère infiltration sanguine développée dans le tissu cellulaire qui englobe les deux récurrents. « Le récurrent, dit Liebrecht, fut lésé un certain nombre de fois, il fut même excisé. Quand un nerf a été blessé, et que, par conséquent, une seule corde vocale est atteinte, il y a enrouement ; y a-t-il aphonie ! alors il y a une lésion nerveuse bilatérale, et par suite, paralysie des deux cordes vocales. » En effet, quand la section est unilatérale, la voix est très altérée, mais la respiration s'effectue librement, tandis que quand la lésion porte sur les deux ré-

currents, l'aphonie est complète et de plus, les muscles paralysés ferment l'orifice de la glotte et l'asphyxie peut se produire et entraîner la mort.

Quelquefois le chirurgien est prévenu de l'accident au moment où il opère, car le malade est pris subitement d'un accès de toux. C'est ce qui est arrivé à Wagner, et la toux ne cessa que lorsqu'une des pinces eut été retirée. Hamilton voit suffoquer un malade à la suite de la ligature en masse de la corne inférieure et la respiration redevient libre lorsque le fil est desserré.

Michel pense que, dans la majorité des cas, ce n'est pas le récurrent qui a été lésé, sa situation profonde entre la trachée et l'œsophage le mettant hors de portée, mais le rameau externe du nerf laryngé supérieur, Liebrecht n'est pas de cet avis.

Enfin, ces accidents peuvent encore être dûs, non plus à une section ou à une ligature, mais à un tiraillement subi par les nerfs, ou encore à une irritation, provoquée par l'acte opératoire lui-même, et aussi par les lavages antiseptiques produisant une irritation des cordons nerveux ; d'où l'inutilité ordinaire de ces lavages et les précautions de prudence et de douceur qu'il faut apporter dans les manœuvres digitales d'isolement de la tumeur. Il est un fait qui a été relevé dans les observations, c'est que les lésions des nerfs récurrents ou autres peuvent exister avant l'opération. Dès lors elles peuvent être considérées comme une embûche de plus sur le terrain si dangereux de l'intervention thyroïdienne. Nous terminerons l'étude

de ces accidents en disant que Jankowski a trouvé sur 614 cas 14,04 0/0 de parésie ou de paralysie de quelques muscles du larynx.

Complications broncho-pulmonaires. — Les complications broncho-pulmonaires qui surviennent après les diverses opérations de goître exophtalmique, sont assez fréquentes, pour que nous insistions un peu sur leur étude, et que, connaissant les causes qui les produisent, on puisse les éviter dans la mesure du possible.

Analysant nos observations nous relevons ceci : (obs. 4). Le soir même, la malade est oppressée et on découvre une pleurésie sèche ; (obs. 7) : Râles disséminés dans le poumon droit ; à l'autopsie on trouva une pleurésie sèche, caractérisée par un épanchement citrin, le lobe inférieur droit présentait une atélectasie notable ; (obs. 9) ; Le 2^e jour après l'opération, une toux opiniâtre apparaît, en même temps que des douleurs, une dyspnée intense et du délire. A droite et sous l'aisselle, au niveau de la 7^e côte, l'auscultation laissait entendre un léger frottement, quelques râles, un souffle tubaire ; (obs. 10) : A la suite de cette opération, il survint des complications pulmonaires, consistant en toux et infiltration du lobe inférieur gauche ; (obs. 12) : on procédait au pansement quand la malade fut prise d'une toux incessante, avec intense dyspnée et bronchorrhée abondante. Trachéotomie inutile, syncope, mort ; (obs. 17) : La malade tousse un peu et expectore une petite quantité de mucus peu épais. On entend de gros râles trachéaux ; (obs. 28) : Les deux poumons étaient un peu congestionnés à leur base.

Si nous avons cité toutes ces observations, c'est pour montrer que les complications pulmonaires sont diverses, depuis la toux, survenant dans les quelques heures qui suivent l'opération, jusqu'à la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie. Nous ne parlons pas dans ce paragraphe de la dyspnée due à l'aplatissement de la trachée, nous avons en vue seulement la dyspnée due à des lésions inflammatoires.

Ces complications pulmonaires peuvent être parfois très graves, surtout lorsqu'elles surviennent chez des sujets âgés. Toutefois il ne faudrait pas croire que l'intensité des phénomènes pulmonaires soit en rapport avec l'intensité du traumatisme. On peut voir après l'énucléation ou l'exothyropexie des complications plus graves qu'après une thyroïdectomie.

Les causes de ces complications pulmonaires sont variées. D'abord, il se peut qu'avant l'opération le malade fut déjà atteint d'une inflammation chronique des voies aériennes due à son goître même, et dès lors, on comprend que l'opération ne fasse qu'augmenter cet état. Ce sera le coup de fouet dont parle Gayet. Ensuite il semble que dans la pathogénie de ces complications pulmonaires on doive dans une certaine mesure incriminer l'irritation produite par les vapeurs anesthésiques, surtout par l'éther, sur un terrain souvent préparé par la maladie elle-même. Le refroidissement auquel le sujet est parfois trop longtemps exposé, la chute, pendant l'opération, de liquide dans la trachée, le tiraillement exercé sur le pneumogas-

trique, le décubitus amenant une congestion pulmonaire défavorable, sont autant de causes de ces complications. Enfin, la trachéotomie, à laquelle on a parfois recours, favorise encore l'inflammation broncho-pulmonaire.

L'expérimentation sur les animaux vient d'ailleurs confirmer les faits cliniques. Sur 45 autopsies de lapins thyroïdectomisés, Rousseau a trouvé 42 fois des lésions pulmonaires, telles que congestion, noyaux de broncho-pneumonie, ce qui explique facilement la dyspnée des animaux après l'opération. D'après Rousseau, ces accidents ne seraient pas dûs à l'infection, car les précautions antiseptiques avaient été prises, ni à une névrite du pneumogastrique, car les tiraillements de ces nerfs n'ont pas amené de pneumonie. Ces accidents seraient plutôt dûs à un empoisonnement du pneumogastrique et de son noyau, par la substance toxique qui s'accumule dans l'organisme après l'ablation du corps thyroïde.

Dysphagie. — Il arrive souvent que le soir même de l'opération ou bien le lendemain, le malade se plaint de ne pouvoir avaler que difficilement. Cette dysphagie ne dure, le plus souvent, que quatre ou cinq jours, puis peu à peu la déglutition redevient normale. Quelle peut être la cause de cette complication qui ne met pas les jours du malade en danger ? Elle peut être attribuée, d'abord, aux changements de rapports qui surviennent après l'opération, à l'ascension du larynx en plein foyer traumatique, ou encore à des dilatations variqueuses aiguës et douloureuses du pharynx, de la base de la langue, sur lesquelles

Jaboulay a appelé l'attention, et qui sont dues d'après lui à la ligature du tronc thyro-linguo-facial.

Plus rarement la dysphagie doit être attribuée à des lésions de l'œsophage.

Nous venons d'étudier en détail les accidents et complications qui peuvent survenir au cours d'une opération sur le goître exophtalmique ou dans les jours qui suivent.

Il est encore d'autres reproches que l'on peut adresser à la thyroïdectomie. C'est d'abord l'inégalité de ses effets sur les différents symptômes. On sait que si l'on opère sur un goître simple, une simple section de l'isthme suffit parfois pour faire diminuer le goître, il n'en est pas ainsi pour le goître exophtalmique. M. Jaboulay a bien mis ce fait en lumière. Dans le *Lyon médical* il s'exprime ainsi : « Un fait habituel de la chirurgie du corps thyroïde, c'est la diminution de volume de la masse restante après une extirpation partielle de goître. La section de l'isthme thyroïdien par exemple fait atrophier les deux lobes latéraux hypertrophiés et la thyroïdectomie unilatérale provoque la rétrocession du lobe resté en place. Mais ces phénomènes ne sont pas ceux qui se produisent dans le goître exophtalmique, c'est même le contraire qui arrive souvent. »

« Il semble, dit Gayet, que l'on donne un coup de fouet à l'affection. Enlève-t-on le lobe gauche, le droit se met à se développer, si on résèque celui-ci, l'isthme forme un nouveau goître. »

L'effet de l'opération sur la tachycardie est souvent

satisfaisant, mais l'exophthalmie n'est améliorée que bien légèrement, souvent même elle n'a pas diminué, ou, tout au moins, persiste à un notable degré.

Ensuite, un autre reproche, qui découle de ce que nous disions plus haut, c'est la quantité notable des récidives. Nos observations en rapportent des exemples

Nous savons aussi que la thyroïdectomie est une opération grave par elle-même, assez dangereuse dans son exécution, et entourée de dangers d'autant plus redoutables qu'ils échappent parfois à toute prévision et qu'ils menacent le chirurgien le plus habile et le plus exercé.

Bref, la thyroïdectomie est une opération dont on peut mourir. Or beaucoup de Basedowiens guérissent par traitement purement médical (4 sur 5 environ). Beaucoup de cas opérés et portés comme succès à l'actif de la thyroïdectomie ont été traités médicalement par la suite et, de ce chef, doivent faire modifier le résultat des statistiques.

« L'histoire des trois cas que j'ai observés, dit Putnam, m'a convaincu que le danger de la thyroïdectomie dans la maladie de Graves est plus grand que ne semblent l'indiquer les statistiques, publiées jusqu'à aujourd'hui. »

Le Docteur Cosh s'exprime ainsi dans le *Médical Record* : « Quelques auteurs ont prétendu que la thyroïdectomie n'était pas plus dangereuse pour le goître exophthalmique que pour le goître simple, mais ce n'est pas mon opinion. Je pense que 20 0/0 de la forme classique des cas sont morts après l'opération. » M. le Professeur Debove dit, dans sa communication à l'Académie de

Médecine : « Le parti que le médecin doit prendre est particulièrement grave, et, en présence de semblables accidents, je me demande si la thyroïdectomie peut-être conseillée dans le goître exophtalmique. » Et M. Lejards, parlant de la statistique de Allen Starr qui compte 23 morts subites sur 190 cas et 74 guérisons seulement, s'exprime ainsi ; « C'est là une proportion relativement fort élevée et qui est de nature à rendre très lourde la responsabilité opératoire au moins dans la forme typique du goître exophtalmique, dans la maladie de Basedove proprement dite. »

« Dangers d'une part, incertitude du résultat de l'autre, dit M. Poncet, voilà qui doit nous faire réfléchir avant de décider une opération.

Enfin M. Marie, à la Société Médicale des Hôpitaux de janvier 1897 dit : « Dans une communication que j'avais l'honneur de faire devant vous en 1894, je conclusais que « dans les cas graves, le traitement de la maladie de Basedow doit passer des mains du médecin dans celles du chirurgien. » Aujourd'hui, instruit par les effets de l'organothérapie thyroïdienne et par l'étude d'un grand nombre de faits cliniques, je pense qu'il y a lieu de donner à l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow une forme moins concrète. »

En présence d'opinion de maîtres si éminents, on est donc en droit de se demander s'il ne conviendrait pas d'hésiter à thyroïdectomiser de nombreux malades, en mettant en balance d'une part, les risques et les incertitudes de l'opération, d'autre part, la possibilité de guérir sans courir ces risques.

CHAPITRE V

Section du sympathique cervical

La section du sympathique cervical comme traitement du goître exophtalmique est une opération nouvelle préconisée et pratiquée pour la première fois par M. Jaboulay.

Nous ne pourrions pas nous étendre longtemps sur l'étude de cette opération, car, d'abord, elle est trop récente pour pouvoir en apprécier les résultats, et ensuite, les opérateurs, pour la plupart, n'ont donné que des notes insuffisantes sur leurs opérés, ou n'ont pas publié leurs observations.

Au congrès de chirurgie de 1896, M. Abadie fit une importante communication sur le traitement de la maladie de Basedow par la section du sympathique. Il n'admet pas la théorie de l'hyperthyroïdation et dit que, d'après lui, « tout semble se passer dans le goître exophtalmique comme s'il y avait une excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du grand sympathique cervical, ou de leurs noyaux d'origine. Avec cette théorie, tous les symptômes du goître exophtalmique s'expliquent aisément ».

Cette théorie a soulevé des objections. Il n'entre pas dans le plan de notre travail de les discuter.

Tout ce que nous devons dire c'est que la section du sympathique a été pratiquée par MM. Jaboulay, Abadie, Jonnesco, Quénu, Gérard, Marchand, Reclus. Ils ont fait la section unilatérale ou bilatérale.

A la suite de la section, les opérateurs ont vu tous les phénomènes oculaires rétrocéder et l'exophthalmie disparaître. C'est, d'ailleurs, surtout pour enrayer ces phénomènes oculaires que la section du sympathique a été pratiquée. L'exorbitisme, est parfois tel, en effet que les cornées mal protégées se sphacèlent et, celles-ci une fois détruites, les yeux se transforment en moignons sanglants.

L'hypertrophie du corps thyroïde et la tachycardie sont moins aisées à combattre, car il faudrait pouvoir attaquer les nerfs qui se rendent à ces organes et dès lors l'entreprise chirurgicale devient plus difficile et plus périlleuse.

Ces jours derniers, M. Reclus a lu à la société de chirurgie l'observation d'une malade atteinte de maladie de Basedow et à laquelle M. Faure a fait la résection bilatérale d'une portion notable du grand sympathique cervical à la suite de cette opération, les phénomènes Basedowiens se sont amendés si bien que l'opérée est vraiment transformée. « Telle est mon observation, dit M. Reclus ; je n'ignore pas l'objection capitale qu'elle soulève ; le résultat est trop récent pour qu'on puisse faire fond sur lui, et il faut voir ce que deviendra la malade, car, en définitive, il peut ne s'agir que d'une amélioration passagère.

Dans le cas de M. Quénu, publié récemment, le béné-

Surrel 5

fice de l'intervention a été à peu près nul, « et, dit-il, on peut même se demander si le malade n'a pas plutôt souffert que profité de l'opération, puisque son poids entre le 3 avril et le 30 mai avait baissé de 3 kilos. Ce fait ne confirme que bien imparfaitement les conclusions trop absolues, croyons-nous, de M. Jaboulay ».

Il serait à souhaiter que les opérateurs fassent connaître le résultat de leurs opérations. Nous avons appris que le cas de M. Gérard Marchand avait récidivé. Peut-être pourrait-on, en réunissant les documents, tirer des conclusions plus précises.

Bref, la section du sympathique cervical n'a pas encore fait ses preuves et on ne peut encore savoir si les améliorations produites se sont maintenues. Il faut attendre l'épreuve du temps.



CHAPITRE VI

Discussion sur les diverses formes de goître exophthalmique

Après avoir étudié les divers traitements chirurgicaux du goître exophthalmique on peut dire que la thérapeutique chirurgicale de cette maladie présente trois points à considérer : 1° Qu'il y a un nombre assez considérable de moyens chirurgicaux employés ; 2° Que de tous ces moyens il n'y en a aucun absolument efficace ou sans danger ; 3° Enfin que, parmi les opérations faites, il y en a qui ont pleinement réussi, et d'autres ont été suivies d'accidents plus ou moins graves et même de mort.

Le dernier point surtout va nous intéresser dans ce chapitre. A quoi attribuer cette différence dans les résultats ? Pourquoi une thyroïdectomie faite sur une malade sera-t-elle suivie de succès, alors que, exécutée sur une autre, elle sera suivie de fièvre et de mort subite ?

Jusqu'en 1880 à peu près, le goître exophthalmique était du ressort de la médecine. Mais, à partir de cette époque quelques chirurgiens, au premier rang desquels M. le Professeur Tillaux, portèrent le bistouri sur le corps thyroïde, dans le but de guérir cette maladie. Comme il fallait s'y attendre l'étonnement fut grand parmi ceux qui

considéraient la maladie de Basedow comme essentiellement médicale, et alors en présence des succès obtenus par ces chirurgiens, on en vint à se demander s'il n'y aurait pas deux formes différentes de la maladie de Basedow, l'une étant du ressort de la médecine, l'autre pouvant être attaquée par le bistouri.

Les auteurs sont loin de s'accorder pour admettre ces deux formes. Voyons d'abord les adversaires.

Bénard ne veut pas accepter la distinction entre le goître exophtalmique chirurgical et le goître exophtalmique médical, faite quelque temps auparavant par M. Le Dentu. « Sur quoi, baserait-on cette classification ? appellerait-on un goître exophtalmique chirurgical, celui-là seulement qui serait susceptible d'une opération et celui qui avec une consistance spéciale, une forme, une structure particulière, donnerait lieu à des phénomènes plus ou moins analogues à ceux du goître exophtalmique classique ?

« Je n'accepte pas davantage, dit M. le Professeur Goffroy, la division du goître chirurgical et du goître médical. Le goître médical serait la vraie maladie de Basedow et le goître chirurgical ne serait qu'une fausse maladie de Basedow.

Qu'on dise qu'il y a des maladies de Basedow dans lesquelles le chirurgien peut intervenir et qu'on appelle ces cas chirurgicaux, tandis que, dans d'autres cas, le chirurgien ne le peut pas et qu'alors on les appelle médicaux, je le veux bien, mais sachez bien que goîtres médi-

caux et chirurgicaux ne font qu'une même maladie avec des indications thérapeutiques différentes.

Lenke dit : « Ou bien c'est une maladie de Basedow, ou ce n'en est pas une ; que l'on trouve donc pour ces formes dites fausses un nom nouveau, l'occasion de devenir célèbre ne se rencontre pas tous les jours.

Enfin Letienne, dans le Manuel de Médecine, dit : « Notre manière de considérer cette maladie est actuellement si singulière que, quand nous saisissons la cause d'une altération du corps thyroïde avec syndrome de Graves, nous nous empressons de ranger le cas parmi les fausses maladie du Basedow. Or il n'y a pas de pseudo-maladies de Basedow, il n'y a que des goîtres exophtalmiques, dont la cause nous paraît connue pour les uns, ignorée pour les autres. Et nous irons ainsi jusqu'au jour où nous nous apercevrons que la vraie maladie de Basedow n'est que la réunion de toutes ces fausses maladies de Basedow. »

Plus nombreux sont les auteurs qui admettent une distinction entre les formes de notre malade.

Dans sa thèse Chrétien dit que « certaines lésions du corps thyroïde peuvent déterminer l'apparition de symptômes analogues à ceux du goitre exophtalmique... Ce sont là de fausses maladies de Basedow. »

Audry, qui se demande si l'on doit traiter chirurgicalement un mal de Graves, répond négativement et ajoute : « Encore faudrait-il être assuré que les opérateurs ne se

sont pas encore trouvés en présence de fausses maladies de Basedow.

Gauthier de Charolles, dans un article publié dans la revue Médicale 1890, s'exprime ainsi : Nous disons goître exophthalmique vrai par opposition au goître exophthalmique chirurgical (Le Dentu, Tilliaux), le premier étant une vraie névrose... le second, étant d'origine réflexe provoqué par l'action de la glande thyroïde primitivement hypertrophiée.

Bruhl, dans la Gazette des Hôpitaux de 1891, se demande s'il ne s'agirait pas d'une forme spéciale de goître exophthalmique, bien distincte de la névrose, et il ajoute : « C'est à ces cas que nous nous proposons de donner le nom de faux goîtres exophthalmiques. »

Broca, dans le traité de chirurgie, en parlant des goîtres, sur lesquels viennent se greffer les symptômes de la maladie de Basedow, dit : « Ces goîtres secondairement exophthalmiques semblent être bien différents du goître exophthalmique proprement dit ; et plus loin, il ajoute : Cela a de l'importance thérapeutique puisque dans le goître exophthalmique proprement dit, je ne crois pas que la thyroïdectomie soit de mise, au lieu que ces accidents venant compliquer un goître préexistant, peuvent au contraire être une indication opératoire.

Duhamel, qui dit dans sa thèse que les auteurs sont d'accord pour considérer la maladie de Basedow comme une névrose générale, ajoute : « Faut-il faire rentrer nos

observations dans le cas du goître exophtalmique vrai ? Et alors que devient la théorie de la névrose générale actuellement admise » ?

Teissier, de Lyon, pense qu'il faut distinguer les vrais goîtres exophtalmiques des pseudo-maladies de Graves. « Dans les vrais goîtres exophtalmiques, dit-il, l'intervention chirurgicale et sans succès ».

A la société de chirurgie, M. le professeur Tillaux s'exprime ainsi : « En 1879, j'ai soutenu que les accidents déterminés par le goître exophtalmique tenaient à la compression du paquet vasculo-nerveux par le goître lui-même ; contre ces accidents, que je regardais comme d'origine mécanique, je préconisai l'extirpation du goître et j'opérai des malades que je guéris.

« Depuis j'ai changé d'avis, et je pense qu'il faut aujourd'hui distinguer parmi les goîtres exophtalmiques deux grandes variétés : dans la première viennent se ranger les cas de goître exophtalmique vrai, ou goître médical ; dans la seconde, les cas de pseudo-goître exophtalmique, ou goître chirurgical. Dans la maladie de Basedow, les symptômes sont sous la dépendance d'une cause encore inconnue, tandis que dans le pseudo-goître exophtalmique, ils sont liés à l'existence d'une tumeur du corps thyroïde.

« Je suis convaincu que je n'ai jamais opéré de vrais Basedow, mais simplement des malades qui, à l'occasion

du développement d'une tumeur du corps thyroïde, avaient vu survenir tous les signes d'une maladie de Basedow ».

Enfin nous terminons par l'opinion de M. Marie qui a fait à la société médicale des hôpitaux, en janvier 1897, une importante communication dans laquelle il dit qu'une distinction s'impose, à laquelle la clinique et la thérapeutique servent de base. Le syndrome de Basedow se présente au point de vue étiologique sous deux aspects différents. Dans le premier cas, la maladie survient brusquement, c'est la maladie de Basedow classique avec ou sans goître. Dans le second cas, le syndrome de Basedow survient plus ou moins lentement chez un individu porteur d'un goître depuis un temps plus ou moins long ; c'est le goître Basedowifié. Et, après avoir démontré la différence clinique et thérapeutique de ces deux formes distinctes, il termine en disant : « Dans le goître Basedowifié tenter d'abord la cure organothérapique thyroïdienne ; si celle-ci n'amène pas une amélioration notable, si la dyspnée est intense, s'adresser sans tarder à l'intervention chirurgicale. Dans la maladie de Basedow classique, n'opérer qu'en présence d'une nécessité formelle ; car, dans la majorité des cas, cette maladie ne menace pas la vie, et, même, il n'est pas rare qu'elle guérisse.

Nous sommes entièrement de l'avis de M. le professeur Tillaux et de M. Marie, et nous croyons que si les résultats sont si différents au point de vue opératoire, c'est que

l'on a opéré indistinctement les Basedowiens purs et les Basedowifiés, et le but du clinicien doit être de faire le diagnostic entre l'hypertrophie simple du corps thyroïde et la présence dans ce même corps de tumeurs que l'on peut opérer.



OBSERVATIONS

Observation 1

(De Frank 1886, in thèse Solary)

Thyroïdectomie partielle droite ; perte de la voix.

Femme de 51 ans. Depuis un an une hypertrophie du corps thyroïde s'est développée ; la voix est enrouée et il y a une sténose des muscles du larynx. En même temps, on constate des palpitations et de la dyspnée.

Le 8 décembre 1886, ablation du lobe droit de la glande thyroïde, après l'opération, respiration bruyante et mucosités dans la gorge.

10 décembre. — Expectoration abondante.

28 décembre. — La voie est encore enrouée. On soumet la malade à l'électricité. La dyspnée a complètement disparu.

A sa sortie de l'hôpital, la malade n'a pas recouvré sa voix.

Les suites ultérieures manquent.

Observation 2

(de Maydl 1886).

(Thyroïdectomie partielle ; récédive, mort).

S. Y..., âgée de 34 ans, a été reçue le 23 janvier 1886 à l'hôpital général de Vienne.

La malade était atteinte d'un goître gélatineux et de la maladie de Basedow. Il y avait seize ans que le goître s'était développé dans le lobe droit en croissant lentement et sans douleur. Depuis 3 ans la malade observait que le goître augmentait rapidement de volume et qu'il devenait plus dur. Dans les derniers temps vinrent s'ajouter des difficultés de respiration et de déglutition.

En outre, la malade sentait des douleurs rayonnantes dans l'occiput ; en même temps, elle était atteinte de palpitations de cœur. L'exophtalmie existait aussi, mais la malade ne pouvait indiquer d'une manière précise depuis quelle époque. La malade n'avait eu jusque là aucune autre maladie, et ce n'est que dans les derniers temps qu'elle avait beaucoup maigri.

A l'examen de la malade, qui est d'une taille moyenne, on trouve une tumeur dure, provenant du lobe droit et de l'isthme du corps thyroïde. La tumeur suit les mouvements de la déglutition en haut et en bas, et elle se compose de deux parties, divisées par un étranglement. Elle couvre complètement la trachée et elle passe au côté latéral du sterno-cléido-mastoïdien. On sent bien le battement de la carotide externe droite. Dans la partie latérale, la tumeur est molle ; dans la partie médiane, elle est

plus dure. Dans sa plus grande convexité, le cou mesure 36 centimètres ; au-dessus 30 centimètres.

On pratique chez elle, le 12 mars 1886, l'extirpation partielle du goître.

Le 1^{er} avril 1886, la malade est sortie de l'hôpital. Ses parents nous annoncent que sa santé a été pendant quelque temps assez bonne. Au bout d'une année, on a vu de nouveau grossir les glandes du cou. Les souffrances anciennes sont revenues et la malade est morte subitement de paralysie du « cœur » ou du « cerveau » au mois de novembre 1887. (Nous rapportons ici les mots propres empruntés à la communication des parents de la malade)

Observation 3

(De Frank 1888 ibidem)

(Thyroïdectomie partielle ; fièvre, agitation, pas d'amélioration).

Jeune fille de 22 ans, atteinte de maladie de Basedow et d'hystérie. Opération pour combattre la dyspnée.

Le 8 août 1888, on fait l'ablation du lobe droit selon la méthode de Kocher. La trachée est normale après l'opération, l'exophtalmie est encore plus prononcée.

Le lendemain on constate de la fièvre.

18 août. — La guérison de la plaie est encore en bonne voie, mais la malade est toujours très nerveuse ; le sommeil est agité.

L'exophtalmie n'a pas diminué.

26 août. — Le pouls est encore plus fréquent. Les résultats ultérieurs manquent.

Observation 4

(de Frank ibidem).

(Thyroïdectomie totale ; fièvre, abattement, mort).

Homme âgé de 50 ans. Depuis 10 mois, une tumeur thyroïdienne est apparue, en même temps que se développaient des palpitations, de la dyspnée, de l'insomnie, et un affaiblissement marqué.

Opération le 11 septembre 1883. La trachée est fortement comprimée. Ablation totale de la glande thyroïde, aux dépens de laquelle s'est développé un sarcome. Le nerf vague est libre, mais la carotide et la jugulaire sont fortement entourées par la tumeur. Perte de sang peu abondante. Pouls insensible. Le soir même le malade est oppressé et on découvre une pleurésie sèche.

16 septembre. — La température rectale s'est élevée à 38°9.

20 septembre. — La température monte toujours ; l'état est satisfaisant,

9 octobre. — On remarque une augmentation de volume de la thyroïde ; l'abattement est prononcé.

La mort survient en peu de temps.

Observation 5

(de Frank *ibid.*)

(Thyroïdectomie totale ; Fièvre, collapsus et mort.)

Femme de 48 ans. Depuis cinq mois le cou a augmenté de volume ; des palpitations sont apparues ; il y a une sensation de constriction autour du cou sans dyspnée. Maladie de Basedow classique.

Le 2 septembre 1884, extirpation totale d'une tumeur, pesant 110 grammes, selon le méthode de Kocher. Le nerf récurrent est épargné en laissant quelques parcelles de la glande au voisinage. La trachée a la forme d'un fourreau de sabre.

3 septembre. — Température 39°3. Pouls 132. Respiration à 60. Collapsus et mort.

A l'autopsie on trouva qu'un des récurrents avait été pris dans une ligature.

Observation 6

(De Dolbeau, rapportée par Gauthier de Charolles)

(Ponction, injection iodée, récursive)

Une dame de 60 ans s'était aperçue dès l'âge de 30 ans que son cou s'élargissait, et que chacune de ses grossesses donnait

une nouvelle poussée à la tumeur. En six ans, elle avait acquis le volume du poing, et, en 1870, la malade fut vue par M. Tessier père, qui diagnostiqua un goître exophtalmique.

La digitale fut mal supportée, et l'hydrothérapie ne donna aucun résultat. En 1874, elle demanda à être opérée par M. Dolbeau. Celui-ci, ayant constaté l'existence d'un kyste dans le lobe droit, pratiqua une ponction qui donna issue à une quantité, évaluée à un grand verre, d'un liquide épais, couleur chocolat; injection iodée.

Réaction inflammatoire, série d'abcès, guérison enfin.

La tumeur avait, en très grande partie, disparu, et en même temps les divers symptômes basedowiens s'étaient dissipés, à part les palpitations qui, quoique diminuées, existaient pourtant encore.

En 1881, le goître était redevenu aussi volumineux qu'avant l'opération.

Les symptômes de la maladie de Basedow avaient reparu avec lui. Mort en 1884 d'hémoptase pulmonaire à la suite d'une bronchite aiguë.

Observation 7

(De Jaboulay, rapportée par Ch. Audry)

(Thyroïdectomie presque totale : état général mauvais, mort)

X. . . , âgée de 43 ans, ne présente aucun antécédent et n'a jamais eu d'enfant. L'apparition du goître remonte à une dizaine

d'années, mais les accidents de suffocation ne datent que de trois mois.

A son entrée dans le service, on constate l'existence d'une maladie de Basedow. Goitre volumineux, très saillant, entre la ligne médiane et le sterno-mastôïdien droit, entre l'os hyoïde, en haut, et la fourchette sternale, en bas. Il est dur, non fluctuant, irréductible, un peu soulevé par les battements profonds des vaisseaux. Le lobe gauche surtout paraît hypertrophié en masse ; pas de bruits vasculaires à l'auscultation. Les yeux, notablement repoussés en avant, dépassent les rebords orbitaires ; ils sont brillants, mobiles, un peu hagards ; les pupilles égales réagissent normalement ; les paupières fonctionnent bien ; la malade se plaint d'un affaiblissement marqué de la vue. Le pouls est à 106. Le cœur bat régulièrement, bruyamment. Il ne paraît pas augmenté de volume ; on ne perçoit pas le bruit de souffle.

On constate parfois un tremblement léger et intermittent des doigts qui n'est pas suffisamment caractéristique. Il existe une gêne notable de la parole ; cette gêne est due, évidemment, à une véritable maladresse de la langue qui est agitée par de petites trémulations continues, tout à fait comparables au tremblement lingual des paralytiques généraux.

La malade présente à un haut degré l'agitation sub-choréiforme des sujets atteints du mal de Graves. Elle meut continuellement la tête, les membres. Elle se plaint de la faiblesse de ses jambes. L'idéation est respectée. Pas de stigmates hystériques.

Pendant le sommeil, la respiration est bruyante ; les lèvres sont un peu cyanosées.

L'état général laisse beaucoup à désirer, la malade paraissant très anémiée ; cependant les fonctions digestives se font bien, la menstruation est régulière ; pas d'œdème des membres inférieurs.

25 mars. — En raison des accès de suffocation, M. Jaboulay se décide à pratiquer la thyroïdectomie.

Incision cruciale unissant les sterno-mastoïdiens, et allant de l'hyoïde à la fourchette sternale. On isole péniblement la tumeur avec les doigts en pinçant et en liant les quatre groupes vasculaires; il est impossible de faire une extirpation partielle, car la tumeur constitue une masse unique, compacte, enserrant la trachée. On laisse cependant un peu de tissu glandulaire au niveau de l'isthme, dans l'espoir d'éviter le myxœdème. La malade a perdu très peu de sang.

On s'aperçoit alors que, à chaque inspiration, les parois très ramollies de la trachée, déformée en fourreau de sabre, s'aplatissent, et, de la sorte, gênent considérablement la respiration. On traverse la paroi droite avec un fil de soie (procédé de Kocher) et on exerce sur l'anse une légère traction.

26 mars. — La malade accuse une diminution marquée de sa dyspnée. Tous les autres signes sont stationnaires.

27 mars. — Les grandes inspirations font sortir quelques bulles d'air le long du drain. On enlève le fil trachéal. L'état général décline.

28 mars. — Râles disséminés dans le poumon droit. Etat général mauvais. Mort le lendemain.

A l'autopsie, on trouva une pleurésie droite caractérisée par un épanchement citrin, logé entre le lobe inférieur et le diaphragme. La face antérieure du cœur était fixée au péricarde par une large adhérence fibrineuse récente. Les valvules étaient saines et suffisantes; les poumons étaient normaux, sauf le lobe inférieur droit qui présentait une atélectasie notable.

La surface opératoire était couverte d'un abondant exudat

purulent qui paraissait plus prononcé dans la profondeur et qui avait évidemment son point de départ dans l'orifice postérieur d'entrée du fil soutien de la trachée, orifice non encore cicatrisé. La malade était donc morte d'infection consécutive à la perforation trachéale.

Il existait, d'autre part, des lésions rénales très avancées : le rein gauche, bosselé, blanchâtre, très irrégulier, non adhérent à sa capsule, pesait 55 grammes et présentait au microscope les lésions avancées d'une néphrite surtout interstitielle. Le rein droit pesait 15 grammes ; il avait le volume d'une noix, et était réduit à une mince coque de tissu rénal. Sa lésion présentait un caractère histologique particulier : il était le siège d'une dégénérescence myxoïde intracanaliculaire, semblable à celle que M. le professeur Renaut a décrite dans la néphrite thyphoïdique ; c'est-à-dire que les anciens canaux renfermaient entre leur épithélium aplati et déformé des masses colloïdes pénétrées par des cellules étoilées. Les glomérules étaient scléreux. Il n'existait plus de tissu actif. Ce rein était annulé. La tumeur thyroïdienne pesait 250 grammes. Elle était dure, compacte, non kystique ; en quelques points on pouvait péniblement dissocier l'écorce. Au microscope, elle offrait les lésions ordinaires d'un goître colloïde à alvéoles modérément développées.

Les troncs nerveux avaient été respectés par l'intervention, et un peu d'aphonie survenue le 3^e jour ne pouvait s'expliquer que par la légère infiltration sanguine, développée dans le tissu cellulaire qui englobe les deux récurrents.

Deux points paraissent à noter dans cette observation : l'existence de lésions rénales très avancées, qui montrent quel cas il faut faire de l'opinion classique accordant peu d'importance à l'albuminurie du mal de Graves, et le danger d'infection que l'on

encourt en se servant du fil de Kocher, si celui-ci perfore complètement la paroi trachéale.

Observation 8

(De Wolff, 1893).

(Thyroïdectomie partielle ; cyanose, mort).

Il s'agit d'un homme de 21 ans, présentant tous les symptômes classiques du goître exophtalmique. On pratique une thyroïdectomie partielle : le lobe droit du corps thyroïde et l'isthme sont enlevés. Immédiatement après l'opération, la respiration devient irrégulière et le malade se cyanose. La mort survient en peu de temps malgré la trachéotomie.

A l'examen de la plaie on ne trouva rien qui pût expliquer la mort subite et l'on se demanda si elle était due à un trouble cardiaque, ou à l'accumulation de mucus dans la gorge.

Observation 9

(De Putnam, 1893).

(Thyroïdectomie partielle : prostration, aphonie).

Il s'agit d'une malade âgée de 29 ans, non mariée. Elle n'a jamais été bien robuste et a eu plusieurs accès de vomissements incoercibles à diverses époques de sa vie. Ceci est à noter, car sa

maladie actuelle fut annoncée par un pareil accès. Elle eut trois attaques d'influenza en quatre ans, et avec chaque attaque cette tendance aux vomissements incoercibles. La dernière attaque survint en avril 1892, et les vomissements se prolongèrent plus ou moins pendant plusieurs jours, la retenant chez elle, et lui occasionnant une grande faiblesse. Immédiatement après, on remarqua, pour la première fois, l'accroissement du cou. La proéminence des yeux et les palpitations apparurent quelques mois plus tard. La malade subit un premier traitement, et, en raison du repos complet et des bons soins, elle s'améliora.

Au moment où elle vient nous voir, elle présente tous les symptômes d'une maladie de Basedow modérément grave : tachycardie, exophthalmie, tremblement, agitation nerveuse, dyspnée et, de plus, mouvements choréiformes. Il existe un souffle mitral se propageant à la pointe du cœur et une accentuation du 2^e bruit au niveau de l'artère pulmonaire. Au cou, on constate une tumeur molle, non pulsatile, mobile au moment de la déglutition, et s'étendant du sternum au cartilage thyroïde et, latéralement, jusqu'aux sterno-mastoidiens. En appuyant le stéthoscope sur la tumeur, on entend un murmure vasculaire bruyant.

La médication interne et l'électricité sont essayées sans succès. La thyroïdectomie partielle est proposée et faite le 2 février 1893 par Warren.

Il y eut une forte hémorrhagie, mais pas plus abondante que celles que j'ai observées dans de tels cas. Après avoir lié et sectionné un large plexus de veines superficielles, le lobe droit du corps thyroïde est mis à nu avec les doigts, saisi et excisé. L'isthme est lié avec un fil de soie sur la ligne médiane puis réséqué tout près de la ligature. Ligature des artères au catgut, et lavage de la plaie avec une solution de sublimé au 1/5000. On

met deux drains et on suture la plaie. Pendant l'opération, la respiration et le pouls furent mauvais, et l'on fut obligé de faire des injections sous-cutanées de strychnine et d'alcool. Les notes prises avec soin par Wette font remarquer que cet accident n'est pas ordinaire, et que, selon toute probabilité, il est dû ordinairement à une lésion du récurrent, qui, malgré toutes précautions, est pris quelquefois. Durant l'opération, le pouls montait à 180-120, et la malade était plongée dans une prostration extrême sans qu'on en put trouver la cause dans l'opération elle-même. Lorsque la malade se réveilla, elle rejeta une grande quantité de mucus qui remplissait la gorge. (Nous savons que Wolff attribue à cette circonstance plusieurs cas de mort). Dans l'après-midi qui suivit l'opération, le pouls était à 185, la température à 40°. La dyspnée avait augmenté. Les quatre premiers jours qui suivirent, la malade fut dans une situation très critique. La voix était réduite à un simple chuchotement. Il y avait en même temps une grande prostration, quelques vomissements et de l'anorexie complète. Le 2^e jour après l'opération une toux opiniâtre apparut en même temps que des douleurs, une dyspnée intense et du délire. La malade voulait arracher ses effets et sortir de son lit.

L'élévation de température n'était nullement expliquée par un état septique de la plaie. A droite et sous l'aisselle au niveau de la septième côte, l'auscultation laissait entendre un léger frottement, quelques râles, un souffle tubaire.

Il était difficile de bien examiner la malade, mais on pouvait craindre des menaces de pneumonie. Ces signes furent moins marqués les jours suivants et disparurent complètement. Le cours de la maladie fut, dans la suite, favorable. La malade resta deux semaines à l'hôpital. Après l'avoir quitté, elle revint de temps en temps pour se faire observer, jusqu'à aujourd'hui. Depuis un mois

l'amélioration a été lente, mais franche, et elle se trouve mieux qu'avant l'opération. Le tremblement nerveux a disparu. Son pouls était tombé à 100 et était plus fort. Depuis lors, peut-être est-ce la chaleur qui en est cause, elle se sent moins bien, quoique réellement elle soit mieux qu'avant l'opération. La portion restante du corps thyroïde a augmenté de temps en temps, à cause évidemment de l'engorgement vasculaire, mais dernièrement il a diminué de volume d'une façon stable. Somme toute, le pronostic pour le rétablissement éventuel me semble avoir été amélioré par l'opération,

Un examen du pharynx fait aussitôt après l'opération, montra qu'il existait une paralysie des muscles innervés par le récurrent droit. L'abduction et l'adduction de la corde droite faisaient défaut, et, pendant la phonation, la corde gauche croisait la ligne médiane. Cette paralysie persiste encore, et la voix est faible mais faible et articulée.

Trois mois se sont écoulés depuis que cette observation a été écrite. A présent la malade est beaucoup mieux qu'avant l'opération, sans avoir employé d'autres moyens thérapeutiques. La paralysie a presque disparu, et le corps thyroïde a diminué de volume. Le pouls était rapide encore récemment, et maintenant il est à 108. La malade est très anémiée, mais se rétablit lentement.

Observation 10

(de Speyer 1893).

(Thyroïdectomie, fièvre, complications pulmonaires, mort.)

Un jeune cordonnier de 21 ans, n'ayant pas d'autres antécédents pathologiques qu'un goître datant de l'enfance, se plaignait

d'éprouver, depuis le mois de juin 1892, une oppression extrême à l'occasion de tout effort ; en dix semaines, il avait maigri de vingt livres. Voici quel était son état lors de son admission à l'hôpital au mois de septembre.

• Constitution médiocre ; visage très pâle. A la partie antérieure du cou, tumeur plus grosse que le poing, assez dure, mobile, dépassant à gauche, le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Respiration pénible avec accès d'oppression survenant la nuit. Pas de tuméfaction des ganglions, pas d'emphysème, pas de métastases visibles. On posa le diagnostic de maladie de Basedow et le 8 septembre on pratiqua l'ablation du corps thyroïde. L'incision fut faite sur la ligne médiane, de l'os hyoïde jusqu'au sternum ; les muscles furent écartés et quelques veines liées. Puis, la tumeur fut séparée de la trachée avec des instruments mousses, sauf en un fragment où venait s'aboucher l'artère thyroïdienne droite. L'ablation du lobe gauche du corps thyroïde fut faite aux ciseaux et l'on respecta seulement le fragment en question à cause de son adhérence à la trachée. Après hémostase attentive, on laissa la plaie quelques heures recouverte seulement d'un tamponnement ; le pansement définitif ne fut fait qu'après disparition de toute crainte d'hémorrhagie.

La tumeur enlevée était assez molle, remplie de cavités friables, pleines de sang et de caillots ; au microscope le tissu interstitiel était presque amorphe et ne contenait que ça et là des éléments cellulaires.

A la suite de cette opération, le malade eut la fièvre ; la plaie ne prit pas un bon aspect. Quatre semaines plus tard, il survint des complications pulmonaires consistant en toux et infiltration du lobe inférieur gauche. Une ponction exploratrice de la plèvre ramena un liquide ayant l'aspect de sang veineux ; une

ponction évacuatrice fut faite, et on fit l'extraction de 1300 centimètres cubes de liquide. Il était évident qu'il s'était fait une néoplasie métastatique dans le poumon. La cachexie et l'oppression firent des progrès et le malade succomba onze semaines après l'opération.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre gauche 400 centimètres cubes de liquide hémorrhagique. Le poumon gauche adhérait à la paroi thoracique par des masses friables, gris, rouge, semblables à des caillots, la plèvre semblait saine. Dans la trachée faisait saillie une bosselure gris-rougeâtre. Tandis que le lobe droit du corps thyroïde était normal, le lobe gauche était remplacé par une tumeur brune et molle.

Observation 11

(de Lavisé 1893)

(Ligature des 4 artères thyroïdiennes : récidence, mort).

Une femme de 35 ans est atteinte de goître exophthalmique de moyen volume. On n'y sentait aucune nodosité. Les battements des artères du cou étaient très marqués, le réseau veineux très développé. L'exophthalmie est prononcée; les paupières ne recouvrent qu'incomplètement les globes oculaires. Il y a de la dyspnée avec paroxysmes pénibles; tremblement musculaire, anémie profonde. Un phénomène assez étrange était l'existence d'une bronchorrhée des plus abondantes, qui obligeait parfois la malade à se tenir penchée sur une cuvette pour laisser s'écouler le liquide.

Je fis la ligature des 4 artères thyroïdiennes. Après l'opération, quelques uns des symptômes s'amendèrent très rapidement : le goître diminua progressivement, et le corps thyroïde reprit à peu près son volume normal. Naturellement, les troubles vasculaires du cou : engorgement du réseau veineux, battements artériels, souffles, disparurent. Les autres symptômes : la dyspnée, la bronchorhée, le tremblement musculaire, furent tout d'abord considérablement améliorés, et l'on pouvait espérer une guérison radicale, quand malheureusement, au bout de quelques mois, tous les accidents généraux reparurent et la malade succomba aux progrès de la maladie de Basedow.

Observation 12

(de Lavisé)

(Thyroïdectomie : dyspnée, bronchorée, mort).

Il s'agit d'une femme présentant les symptômes d'une maladie de Basedow.

Je pratique la thyroïdectomie. L'opération est conduite très régulièrement, et il ne se produit aucune hémorrhagie. Les linges étaient à peine teintés de sang, et la vaste plaie était nette et sèche comme une préparation anatomique. La malade était revenue à elle. Les sutures étaient faites. On procédait au pansement quand la malade fut prise d'une toux incessante avec intense dyspnée et bronchorhée abondante.

Je crus à une lésion des nerfs récurrents et pratiquai la trachéotomie, mais en vain. Les phénomènes s'accrochèrent, le pouls

devint petit, filant ; des syncopes se succédèrent rapidement et, dans l'une d'elles, la malade mourut au bout de deux heures.

Observation 13

De Poncet in thèse Stefani

Exothyropexie ; exophthalmie non diminuée, récidive

Jeune fille de 20 ans présentant tous les signes de la maladie de Basedow avec exophthalmie marquée.

L'état de cette malade n'avait été en rien modifié par le traitement médical. La thyroïde paraît uniquement hypertrophiée et doublée de volume ; la vascularité paraît très marquée.

7 février. — Exothyropexie pratiquée sous le chloroforme par M. Poncet, avec l'assistance de M. Chaput, chirurgien de la Salpêtrière. Incision cruciale, mettant à nu les lobes latéraux et médian. L'incision transversale va sensiblement du bord d'un sterno-mastoidien au bord de l'autre. Mise à nu de la thyroïde hypertrophiée, qui est charnue, sans kystes. Mobilisation très incomplète de la glande qui n'envoie pas de prolongement sous le sternum. Pansement à la gorge iodoformée, suites simples.

A la date du 18 février, la malade va très bien, les symptômes Basedowiens ont en partie disparu, mais elle conserve son exophthalmie au même degré.

M. Brissaud a bien voulu nous donner des renseignements sur les suites de l'opération : La malade après amélioration notable de tout le syndrome, moins l'exophthalmie, est redevenue une basedowienne ordinaire. Pouls fréquent, palpitations, gros yeux ;

la diarrhée a disparu, le tremblement est beaucoup moindre. La sensation de mieux être est affirmée spontanément par la patiente.

Le cou est redevenu gros. L'atrophie du corps thyroïde n'a pas été bien appréciable. Aussi la cicatrisation a-t-elle été très lente. La malade étant partie de l'hôpital pour rentrer dans sa famille, nous ne savons pas trop ce qu'elle est devenue.

Observation 14

De Poncet in thèse Stefani

Exothyropexie : 3 récurrences, 3 interventions

Elise Ch..., 19 ans, gantière, née à Lyon, est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Poncet, le 29 septembre 1893.

Père mort à 42 ans (maladie de la moëlle épinière ?) ; mère bien portante, mais nerveuse. Réglée à 12 ans. Le début de l'affection actuelle date d'un an ; la malade, à cette époque, prit un bain auquel elle attribue sa maladie. Depuis ce moment, elle a remarqué que son cou grossissait peu à peu, qu'elle avait les yeux gonflés, et que ses mains tremblaient.

Actuellement, exophthalmie très marquée, tremblement des mains peu accentué. Les deux lobes latéraux sont le siège d'une hypertrophie assez forte. Sensation d'étouffement, de temps à autre, quand la malade est couchée. Circonférence du cou : 33 c. 4/2. Pouls : 140. Quelques mouvements choreïformes dans les membres supérieurs et inférieurs.

30 septembre. — Exothyropexie. Après l'opération, circonférence du cou : 36 centimètres.

2 octobre. — Pouls : 125.

5 octobre. — Pouls : 120.

6 octobre. — Pouls : 120. Pas de modification du tremblement et de l'état nerveux.

9 octobre. — Pouls : 112. Le tremblement a presque disparu. La malade se dit guérie. L'exophtalmie ne paraît pas modifiée.

13 octobre. — Circonférence du cou : 32 cent. 1/2. L'exophtalmie a diminué.

16 décembre — Les troubles fonctionnels ont réapparu depuis un mois ; exophtalmie énorme, palpitations et tremblements. Le matin, intervention : débridement du plan cicatriciel, étendu au-devant du goître ; le corps thyroïde est libéré sur ses faces latérales. Dès le 3^e jour, le tremblement cessait brusquement, les palpitations diminuaient et l'exophtalmie rétrocedait, chose curieuse, surtout du côté droit. De cette triade symptomatique, le tremblement paraît le moins tenace. Il y eut du côté du goître la même exécution thyroïdienne que lors de la première intervention.

19 mars. — La malade rentre ; troubles fonctionnels encore très-marqués : elle se plaint violemment de ses palpitations. Nouvelle intervention.

16 juin. — Sortie. Mensuration : 29 cent. 1/2. L'exophtalmie est toujours très prononcée, mais les palpitations sont moins fortes.

N. B. — Nous avons vu cette malade quelques jours avant sa sortie ; le tremblement, qui, disait-elle, était très fort jadis, était en ce moment nul ou insignifiant. Nous n'avons pas pu malheureusement avoir de ses nouvelles.

Observation 15

de Brissaud ; opérée par Poncet, 1894.

Exothyropexie ; agitation, coma, mort.

Jeune fille âgée d'une vingtaine d'années. Antécédents nerveux francs. Son père était rhumatisant, irascible, coléreux, sa mère également rhumatisante. Elle-même est nerveuse, au sens vulgaire du mot. Une de ses sœurs, âgée de 17 ans, donne des inquiétudes relativement à la tuberculose.

Notre malade n'a pas d'antécédents morbides. A 17 ans, elle eut une grande frayeur, la foudre tomba près d'elle.

Elle perdit connaissance, eut des crises de larmes, ne revint à elle que lentement, et conserva une grande susceptibilité nerveuse. Peu de mois après, à la suite d'une contrariété, elle changea de caractère, eut encore des crises. Elles s'accompagnaient de larmes et d'écume aux lèvres. Elle resta pendant quelque temps sans rien éprouver. Cependant, en 1891, les attaques revinrent plus fréquentes. Vers l'automne 1892, elle quitta son pays natal, vint à Evreux, et éprouva une grande fatigue, des douleurs rénales, de la céphalalgie occipitale, des douleurs généralisées. Il lui était difficile de se tenir debout. Une hémiplegie la força à garder deux mois le lit. Cette hémiplegie était d'origine hystérique, car elle survint sans ictus et sans troubles cardiaques préalables. Elle guérit au bout de quelques mois. La malade vint à Paris à la suite de cette crise. Elle éprouva pour la première fois des palpitations.

En même temps son cou grossissait ; l'exophthalmie parut plus tard et marcha avec une grande rapidité.

Elle entra à la Salpêtrière et fut soignée par les moyens ordinaires : électrothérapie, douches, mais sans succès. La pauvre fille commença à maigrir avec rapidité.

L'histoire de la malade étant faite, voici l'état qu'elle présentait quelques jours avant l'opération. L'exophthalmie était typique. Les yeux présentaient un état sauvage caractéristique. Le goître était volumineux, à prédominance unilatérale. Le cou avait atteint la circonférence de 35 centimètres. Les palpitations du cœur étaient constantes. On comptait 120 pulsations à la minute ; le pouls ne descendait jamais au-dessous.

A tous les symptômes s'ajoutaient ceux qui caractérisent la maladie de Basedow absolument complète. Un tremblement permanent occupait la totalité du corps, à oscillations brèves, régulières, rapides, de 8 à 10 par seconde (on l'appréciait bien en mettant les 10 doigts de la main de la malade sur les 10 doigts de la main du médecin). Il y avait des poussées fébriles avec malaise général et sensation de chaleur. Elle avait des sueurs profuses. La diarrhée apparaissait sans cause apparente. Enfin l'amaigrissement progressif devenait de plus en plus complet.

Il y a quelques mois, la malade avait eu une paraplégie ; ses jambes étaient trop faibles pour la porter. Elle titubait et ne pouvait rester debout.

Le caractère était changé. Il était devenu versatile pleurard sans motif. Il survenait des crises de dyspnée presque toujours provoquées.

Le cas était donc franc et aussi complet que possible.

Toutes les précautions avaient été prises pour l'opération de l'exothyropexie. Elle a été faite dans les meilleures conditions, le

chloroforme donné régulièrement. Le réveil se fit dans les conditions normales, mais ensuite la malade fut agitée, le pouls s'accéléra. Elle voulait sauter du lit. L'agitation alla croissant. Elle semblait ne pas avoir conscience de ses actes. Elle ne se calma que vers 6 heures 1½ du soir pour entrer dans le coma. La respiration s'arrêta. Le pouls continua encore quelque temps à battre, puis la mort survint au milieu de cet état particulier.

On avait pris toutes les précautions ; ces précautions ont été inutiles, le malheur est arrivé sans que rien ait pu le faire prévoir.

Observation 16

(de Schnitzler 1894).

(Thyroïdectomie totale : mort subite).

Il s'agit d'une femme atteinte de maladie de Basedow. On pratiqua chez cette malade l'ablation du corps thyroïde. L'opération fut assez difficile parce que la glande thyroïde était volumineuse et très vasculaire. Elle dura environ deux heures. Malgré tout la malade avait bien supporté l'intervention, lorsque, environ un quart d'heure après la cessation de l'anesthésie, la respiration devint superficielle, le pouls disparut et la malade succomba. Toutes les tentatives faites pour la ramener à la vie restèrent infructueuses.

A l'autopsie on trouva une persistance du thymus, une augmentation des follicules lymphatiques de tout le corps,

et un léger rétrécissement de l'aorte. Rien dans les accidents mortels n'a rappelé le tableau de l'asphyxie.

Observation 17

(De Putnam, 1894).

(Thyroïdectomie partielle ; fièvre, agitation, mort).

La malade est une jeune fille de 16 ans, présentant les signes et les symptômes d'une maladie de Graves très caractérisée : goître, exophthalmie, tachycardie, tremblement, suffusion de la face, irritabilité mentale. Un gonflement intermittent du corps thyroïde avait été le premier symptôme, mais, après une atteinte de fièvre scarlatine, l'élargissement du cou devint permanent et les autres symptômes apparurent. Elle avait été soignée ailleurs et avait fait des applications externes d'iode pendant longtemps sans succès. L'épreuve du repos et d'autres moyens furent essayés ainsi que l'électricité. Après trois mois de ce traitement, elle entra à l'hôpital de Massachussets. A son entrée sa température marquait 38°. Le pouls était à 140. Il y avait 28 respirations par minute. L'appétit et la digestion étaient excellents ; la nutrition générale n'était pas atteinte. La malade avait souvent des nausées, le matin. Elle n'avait pas eu de règles depuis 4 mois.

A la région cervicale antérieure existait une tumeur s'étendant de chaque côté de la ligne médiane, mais plus proéminente à droite qu'à gauche. Une légère dépression séparait les deux lobes. Les deux lobes furent mesurés avec soin. La tumeur était molle

au toucher, sauf en un point où elle présentait une consistance plus ferme. La palpation faisait percevoir distinctement un thrill synchrone avec les battements du cœur, et le stéthoscope laissait entendre un souffle systolique. La tumeur s'élevait et s'abaissait avec la trachée pendant la déglutition. Les bruits du cœur étaient normaux, ainsi que la respiration. Rien à signaler du côté de l'abdomen. Le pouls était régulier, fort et ample.

L'opération fut faite en juillet 1894 par Waren, qui m'a autorisé à publier ses notes. Une incision fut pratiquée sur le côté droit du cou, sur la tumeur et parallèle au bord antérieur. La tumeur était recouverte par un large plexus veineux. Le bord supérieur fut libéré à la sonde et au bistouri. L'artère thyroïdienne supérieure fut liée et sectionnée. La dissection fut alors continuée en descendant alternativement des deux côtés de la tumeur, les points saignants saisis avec des pinces hémostatiques. Le bord supérieur fut alors libéré et, finalement, la face postérieure. On plaça une ligature sur l'isthme et l'on excisa le lobe droit. Il n'y eut qu'un léger écoulement de sang, provenant presque entièrement des veines de la face postérieure de la tumeur. Les points saignants furent liés à la soie. Il s'échappa de la surface de la plaie un suintement gênant qui fut finalement arrêté par la compression et quelques ligatures. La plaie fut recousue au catgut par des sutures espacées après avoir laissé une petite mèche de gaze environ à deux centimètres de l'angle inférieur. On fit un pansement sec, maintenu en place, pendant le réveil de l'opérée, par une infirmière spéciale, et fixé par des tours de bandes durant le soir du même jour. Le réveil de l'éthérisation fut bon. Pendant le réveil et le jour suivant, la malade fut quelque peu nerveuse et agitée, appelant fréquemment les infirmières et cher-

chant à sortir de son lit. Elle avait une toux légère, mais pas de dyspnée.

6 février. — La gaze est enlevée. La plaie paraît en parfait état et le pansement n'est pas souillé. La peau est propre, sèche et sans rougeur.

7 février. — La malade va bien, est plus tranquille. Elle a vomi trois fois pendant la nuit.

8 février. — État bon, sauf les vomissements et l'agitation. La nuit dernière on lui a donné 0 gr. 75 centigrammes de trional et une injection sous-cutanée de 6 milligrammes de morphine avec un demi milligramme de bromhydrate d'hyoscine. Pendant la nuit quelques nausées, mais pas de vomissements. Lavement nutritif toutes les quatre heures ; champagne et glace à l'intérieur. La malade a gardé très peu d'aliments depuis l'opération. Elle se plaint de la faim. La plaie paraît en très bon état.

9 février. — Très agitée durant la dernière partie de la nuit. Lavement nutritif à 10 heures et un autre à 2 heures. Tous les deux sont rejetés. A 2 heures 10', la malade présente de l'agitation. Elle se démène dans son lit, parle sans suite, mais n'a pas de délire. La peau est chaude et en sueur. La malade tousse un peu et expectore une petite quantité de mucus peu épais. On entend de gros râles trachéaux. Le pouls qui était plus rapide depuis l'opération est à 165, mais il est fort. A 2 heures 30', on donne une autre injection sous-cutanée de bromhydrate d'hyoscine, (l'effet en avait paru bon la nuit précédente). Après l'injection la malade dort pendant deux heures. A cinq heures du matin, la surveillante examine le pouls, mais ne remarque aucun changement. A cinq heures cinq minutes, l'infirmière de nuit trouve le pouls très rapide et très faible ; elle prévient immédiatement.

Cinq minutes plus tard, avant que le chirurgien de l'hôpital ait pu arriver, la malade était morte.

L'examen du pouls et de la feuille de température donne les faits suivants. Pendant les cinq jours qui précédèrent l'opération, la température était montée de 37° à 39.9° par oscillations irrégulières. Le pouls était sauté de 150 à 140. Le matin de l'opération la température était de 37.2 . Le pouls à 118. La nuit de l'opération, il y avait 39.2 de température.

Elle était tombée le matin à 37.5 , mais s'éleva de nouveau légèrement vers la nuit.

Le second jour après l'opération la température était de 36.9 , et du soir 37° . Le matin du 8 février, le jour qui précéda la mort, la température était à 38.2 , et le soir elle n'avait pas varié. Au moment de la mort, à 2 heures du matin, elle s'était élevée à 40.7 . Le pouls s'éleva après l'opération à 145, le jour suivant à 164 et après ne descendit jamais au-dessous de 155. Trois heures avant la mort, il était à 165 pulsations.

Observation 18

De Putnann 1894

Thyroïdectomie partielle ; fièvre, récédive

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui avait été déjà opérée, il y a environ deux ans, d'un goître exophthalmique. Les premiers symptômes avaient fait leur apparition environ un an auparavant et deux mois après un choc nerveux. A tous autres égards, la malade était bien. Le goître avait été le premier symp-

tôme, mais au moment de l'opération les autres signes de la maladie de Graves avaient fait leur apparition. Le résultat final de l'opération parut excellent et la malade fut capable de travailler jusqu'à il y a environ trois semaines, lorsque, sans cause connue, elle commença à se sentir gênée pour respirer en montant les escaliers et à éprouver des palpitations à l'occasion du moindre exercice. Le corps thyroïde avait augmenté de volume.

Au moment de mon examen, le pouls marquait 110. Les yeux étaient légèrement saillants, quoique, dit-elle, ils soient moins saillants qu'avant l'opération. On remarquait aussi un tremblement saccadé des mains.

Sa dyspnée et ses palpitations n'avaient pas bénéficié d'un traitement à la belladone et au fer, suivi pendant plusieurs semaines.

Outre qu'il nous rapporte l'observation d'une récurrence, ce cas est intéressant à cause des phénomènes développés durant les quelques jours qui suivirent immédiatement l'opération, et rapportés par la malade. Elle raconte qu'elle fut gravement malade, qu'elle présenta de la fièvre avec élévation considérable de la température. Elle avait des douleurs dans la poitrine, des nausées, des vomissements, si bien qu'elle fut incapable de prendre quoi que ce soit pendant un jour ou deux, si ce n'est de l'eau et de la glace. Elle resta à l'hôpital de Stockholm pendant 4 semaines et alors fut traitée comme malade externe pendant 3 semaines encore, puis, par intervalles, vint se faire soigner.

Cinq semaines plus tard était de nouveau obligée de rentrer à l'hôpital parce que son cœur la faisait souffrir autant qu'auparavant, et alors elle y resta six semaines. Trois semaines après l'avoir quitté pour la seconde fois, elle s'améliora si bien qu'elle put de nouveau travailler.

Observation 19

(De Mc. Cosh, 1895).

Thyroïdectomie partielle ; hémorrhagie grave ; fièvre.

La malade est une jeune fille de 20 ans qui avait été toujours bien portante, lorsque, il y a environ trois ans, les symptômes d'un goître exophtalmique très grave, commencèrent à se développer. Lorsque je la vis pour la première fois, il y a de cela 3 mois, l'exophtalmie était très marquée. Le corps thyroïde était hypertrophié surtout à droite. La voix était rauque et enrouée ; le cœur battait à 150. Elle souffrait de palpitations et de nervosisme, et était devenue très faible et très anémiée. Dans divers services de médecine, elle fut traitée pendant deux mois par l'électricité, l'arsenic, et l'extrait de corps thyroïde, mais sans autre bénéfice que celui que lui procura le repos. Elle fut alors envoyée dans mon service de chirurgie, où je pratiquai sur elle une thyroïdectomie partielle. Je lui enlevai la moitié droite du corps thyroïde. Pendant l'opération, il se produisit une très abondante hémorrhagie, et les ligatures seules furent insuffisantes pour arrêter le sang, si bien que je fus obligé de recourir au tamponnement avec de la gaze. Pendant les deux semaines qui suivirent l'opération, le pouls fut très rapide ; de temps en temps, il montait à 200. Mais la protusion des yeux diminua notablement en 12 heures, et, à présent, il n'y a qu'une légère exophtalmie. La moitié gauche du corps thyroïde, qui n'a pas été enlevée, a diminué de moitié. La malade a augmenté de poids et l'amélioration continue. Après

l'opération, le nombre des globules rouges était de moitié moins considérable qu'avant. C'est la plus grande diminution que j'ai observée après une opération suivie d'hémorrhagie.

Observation 20

(De Hartley, 1896).

Thyroïdectomie partielle ; cyanose ; mort.

Le malade est un jeune homme de 20 ans, atteint de goître exophtalmique. Le goître existait depuis neuf ans. L'exophtalmie était survenue depuis quatre à cinq ans. La tachycardie commença environ une année plus tard. Il y avait aussi des phénomènes nerveux.

On pratique une thyroïdectomie partielle. Après l'opération, le malade se cyanose et a de l'hyperpyrexie. La mort survient le jour suivant.

Observation 21

(De B. F. Curtis, de New-York)

(Thyroïdectomie partielle ; agitation, coma, mort).

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans. Cette malade est atteinte d'une maladie de Basedow. L'exophtalmie est très mar-

quée. Le lobe droit du corps thyroïde est modérément augmenté de volume. Le pouls est très rapide et il existe des phénomènes nerveux. L'analyse des urines démontre l'existence d'une petite quantité d'albumine.

La thyroïdectomie partielle est pratiquée chez cette malade. On fait l'ablation du lobe droit. Après l'opération, la température de la malade s'élève, puis survient du coma. Dans les intervalles de coma la malade est très nerveuse et très agitée. Elle meurt quarante-huit heures après l'opération.

L'examen de la plaie montra qu'elle était absolument aseptique, et qu'il n'y avait eu aucune réaction inflammatoire capable d'expliquer l'élévation de la température.

Observation 22

(De F. M. Markoe, de New-York)

(Thyroïdectomie partielle : cyanose, mort)

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, atteinte de maladie de Basedow. Le goître est très marqué ainsi que l'exophthalmie. Il existe de la tachycardie et les symptômes nerveux que présente aussi la malade sont très accentués.

On pratique chez elle la thyroïdectomie partielle, mais aussitôt après l'opération, la malade se cyanose d'une façon très intense et elle meurt subitement, vingt minutes après avoir été rapportée dans son lit.

Observation 23

(De Jaboulay, in thèse Hussein Ahmed)

(3 Exothyropexies, 3 thyroïdectomies, 1 cautérisation de l'isthme, 1 section du sympathique, récidives).

Marie Ch., 21 ans, brodeuse, née à Annonay (Ardèche), demeurant à Lyon.

Entrée le 2 juin 1895.

A. H. — Père mort d'affection de la moëlle, mère bien portante.

A. C. — Rien à noter.

A. P. — Néant.

En mars 1893, à la suite d'une émotion, disparition des règles, vomissement pendant deux mois. La malade suit un régime lacté et ne peut supporter le lait ; elle le rejette dès qu'elle l'a avalé.

Vers cette même époque, éruption aux bras, caractérisée par des bulles qui se résorbaient ou perçaient toutes seules.

Légère exophtalmie, puis tremblements et palpitations continues, qu'exagèrent la marche et les efforts. Le cou commence à grossir.

En septembre 1893, devant la persistance de tous ces phénomènes, la malade vient à Sainte-Anne consulter M. Jaboulay.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, première exothyropexie à la suite de laquelle on constate une diminution du cou qui de 40 centimètres, descend à 28 centimètres ; diminution de l'exo-

phtalmie; palpitations atténuées, cicatrisation de la plaie et réapparition des phénomènes avec la même intensité.

En décembre 1893, nouvelle exothyropexie; mêmes phénomènes.

En mars 1894, troisième opération.

La malade a des vomissements; les cheveux ont blanchi, les jambes ont commencé à enfler au niveau de la cheville. Les urines ne contiennent pas d'albumine; amaigrissement considérable. La malade retourne alors chez elle. Une amélioration sensible s'établit peu à peu et les règles reviennent.

En avril 1895, les mêmes symptômes ayant reparu, elle rentre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Jaboulay. Extirpation du lobe droit; à la suite de cette opération, l'exophtalmie du côté de l'œil droit diminue un peu; les tremblements aussi.

Un mois après cautérisation au thermo-cautère d'une portion assez minime du lobe gauche. Amélioration notable. Après trois mois de séjour à l'hôpital, la malade sort.

En décembre 1895, la malade entre à la salle Gensoul, Extirpation du lobe gauche. La malade grossit rapidement (sept kilos en 15 jours).

En janvier, elle suit M. Jahoulay à la Croix-Rousse. Le 8 février 1896, on pratique la section du sympathique du côté gauche.

L'exophtalmie diminue, les battements du cœur et les tremblements disparaissent en partie. Au bout d'un mois, ils recommencent, mais moins forts qu'auparavant, et par intervalles seulement. La vue est devenue plus nette de l'œil gauche.

Le 2 juin 1896, la malade revient à l'hôpital de la Croix-Rousse. Cautérisation au thermo-cautère de l'isthme, cautérisation à la suite de laquelle on a de l'amélioration. Le pouls qui était

à 130 tombe à 120. Mais en même temps on peut constater un état général défectueux ; la malade a de la céphalée, des maux d'estomac. La céphalée est localisée aux deux tempes, mais surtout à droite, depuis la section du sympathique. Cette douleur est constante. Un peu d'albumine dans les urines, albumine qui disparaît à la suite du régime lacté, suivi pendant quelques jours. L'antipyrine ne soulage ni les douleurs d'estomac, ni la céphalée. L'œdème malléolaire, apparu au début de la maladie a toujours persisté, mais légèrement diminué.

Le cou mesurait avant la cautérisation de l'isthme 38 centimètres. Actuellement il est encore gros. La plus grande circonférence est de 34 centimètres ; elle siège à la base du cou, surtout en avant, au niveau des cicatrices des opérations antérieures. A cet endroit, la masse thyroïdienne est inégale, bosselée, assez dure, donnant à la palpation de légers battements.

Légers souffles à l'auscultation. Pas de dysphagie, ni de dyspnée. Les vaisseaux sont animés de battements assez énergiques. Léger souffle continu à leur niveau.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Pas de frémissement cataire. A l'auscultation, on note tout d'abord une tachycardie peu forte. Les bruits normaux sont bien frappés. Dans la région meso-cardiaque on perçoit un bruit de souffle assez intense, meso-systolique, qui ne se propage pas. Les bruits augmentent très légèrement par la pression du stéthoscope, et disparaissent lorsque la malade fait de fortes inspirations. Les yeux sont saillants ; du côté gauche, toutefois, l'exophthalmie est moins prononcée. Les signes de Wesphall et de de Grœfe n'existent pas. Légère inégalité pupillaire gauche ; la pupille de ce côté était un peu rétrécie.

Vision meilleure à gauche qu'à droite, depuis la section du sympathique. Léger tremblement du côté du membre supérieur.

23 juin. — Anesthésie locale. Exothyropexie ; thyroïdectomie partielle, cautérisation au thermo-cautère.

16 juillet. — Deux jours après l'opération, le tremblement disparaît. Pouls, 110.

Les palpitations persistent encore à certains moments, mais sont beaucoup moins pénibles. L'œil gauche diminue toujours d'une façon très sensible. Le tremblement a complètement disparu.

Observations 24 et 25

(De Stelzner)

Thyroïdectomie totale et partielle ; tétanie

Il s'agit de deux malades atteintes de maladie de Basedow.

Dans l'une de ces opérations le Dr Stelzner fit l'ablation totale de la glande. Après l'opération, il survint de la tétanie et de l'affaiblissement mental.

Chez l'autre malade, il pratiqua seulement une thyroïdectomie partielle, mais, comme chez la première malade il survint également de la tétanie. De plus les symptômes basedowiens ne furent pas modifiés.

Observation 26

(De Quénu).

*Thyroïdectomie partielle ; hémorrhagie, thyroïdectomie
totale myxœdème*

Une malade avait un goître peu saillant, accompagné d'une dyspnée assez grande. La tumeur n'occupait que le lobe droit du corps thyroïde. Je me proposai d'enlever ce lobe hyertrophié et de diviser l'isthme en plaçant une ligature dessus. Mais en divisant l'isthme, j'eus une hémorrhagie ; je plaçai une ligature sur la surface saignante ; elle coupa le tissu thyroïdien et l'hémorrhagie continua. En désespoir de cause je fis la thyroïdectomie totale pour mettre fin à l'écoulement de sang. Or les premiers jours furent parfaits. Le pouls de la malade qui, avant l'opération, battait 130 à 125 pulsations, tomba à 52, et la malade, débarrassée de sa dyspnée, était bien. Cela dura 15 jours, puis elle fut prise de tristesse, d'affaiblissement général ; finalement, elle présenta tous les symptômes du myxœdème. Je l'alimentai avec du corps thyroïde de mouton et je la remontai assez bien pour qu'au bout de deux ans, elle put devenir enceinte. Elle est aujourd'hui enceinte. Les urines sont albumineuses, il est vrai, et j'ai quelque inquiétude pour son accouchement.

Je n'ai qu'un reproche à m'adresser dans ce cas, c'est, avant de songer à la thyroïdectomie totale, de n'avoir point tenté la ligature des artères thyroïdiennes.

Observation 27

(De Schwartz 1896)

(Enucléation, Hémorrhagie, Agitation)

Il s'agit d'une dame de 37 ans, mère d'un enfant de 13 ans, anémique et mal portante depuis onze ans à peu près. Les accidents qui l'amènent ont débuté il y a un an environ, (mai 1895). A cette époque elle s'est aperçue qu'elle était prise fréquemment de palpitations, en même temps qu'apparaissait une tuméfaction du côté droit du cou ; les règles étaient depuis longtemps devenues rares et irrégulières, et, au moment où je voyais la malade, elles avaient cessé depuis 15 mois.

L'examen nous permit de constater une teinte symptomatique un goître petit, intéressant le lobe droit, paraissant constituer une tumeur intra-thyroïdienne, une tachycardie très notable avec accès, enfin une légère exophthalmie. L'exophthalmie est peu notable, les troubles cardiaques sont très accusés ; de temps en temps madame H... est prise de suffocations, il lui est impossible d'accomplir le moindre travail, et elle demande à être soulagée le plus rapidement possible. Je proposais l'enucléation de la tumeur, ou son ablation par thyroïdectomie partielle ; l'opération fut pratiquée le 29 mai 1896.

Le goître était nettement intra-glandulaire, et il me fut facile de l'enucler après incision de la capsule constituée par le corps thyroïde ; ce qui me frappa surtout ce fut l'abondante hémorrhagie provoquée par l'enucléation ; il me fut impossible de l'arrêter malgré des pinces nombreuses, malgré le tamponnement, et j'allais

procéder à la thyroïdectomie uni-latérale hémostatique, quand j'eus l'idée de tamponner avec de la gaze saupoudrée d'antipyrine; le sang s'arrêta assez rapidement. Suture à deux plans, suites opératoires normales.

Les suites immédiates furent graves. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, l'opérée fut prise de crises cardiaques excessivement pénibles; il existait une vraie ataxie du cœur, un accès de suffocation, et je crus perdre mon opérée. On administra du bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, de la teinture de digitale; les crises cessèrent peu à peu et tout rentra dans l'ordre. Le tampon fut retiré au bout de quatre jours et remplacé par un petit drain. La malade se leva le quatorzième jour après l'intervention. Elle est restée guérie depuis, j'en ai eu de très bonnes nouvelles en décembre 1896; tous les accidents ont disparu définitivement.

Observation 28

De Lejards

*Thyroïdectomie partielle, agitation, dyspnée nerveuse
mort subite*

L'opérée était une jeune fille de 18 ans 1/2, couturière, orpheline de père et de mère. Son père était, paraît-il, un alcoolique invétéré; sa mère était morte de la rage. Grande, d'assez belle apparence, elle avait eu cependant une enfance malade, et, depuis plusieurs années, elle restait pâle, nerveuse, impression-

nable à l'excès. Les premiers accidents de la maladie de Basedow avaient débuté chez elle depuis huit mois, peu de temps après la mort tragique de sa mère, lorsqu'elle entra à l'hôpital Baujon, dans le service de M. le Professeur Debove, le 12 octobre 1896.

L'examen médical prolongé avait démontré l'existence d'une « maladie de Basedow parfaitement caractérisée. »

On retrouvait la triade bien connue : la tachycardie se traduisant par 140 pulsations au repos, 165 à 170 après une émotion ou un effort ; une légère protusion des yeux, donnant au regard un aspect étrange ; enfin le goître. Le corps thyroïde était du reste de volume très modéré, le lobe droit paraissait le plus développé, et se détachait en relief sous la peau ; la glande qui était le siège de battements et d'un souffle assez intense, restait d'ailleurs molle, renitente, dépressible jusqu'à un certain point ; on n'y décelait ni indurations ni bosselures. Signalons encore, parmi les phénomènes soigneusement relevés par M. Soupault, le tremblement, l'insomnie, et aussi les crises d'agitation et de dyspnée nerveuse, revenant la nuit, et qui furent très marquées pendant le séjour que fit la malade en chirurgie.

Au bout de deux mois, après l'essai infructueux de divers traitements, la situation s'aggravant et devenant très pénible, la malade, condamnée à l'inaction absolue, réclamait instamment l'opération dont elle avait entendu parler autour d'elle. M. le professeur Debove voulut bien alors nous la montrer, et, après une nouvelle période d'attente, l'intervention fut décidée.

Quelques jours avant qu'elle ne fut pratiquée, M. le professeur Joffrey, auquel j'avais eu l'occasion de parler de notre malade, vint la voir à l'hôpital Baujon, l'examina et conclut, à son tour, qu'il s'agissait d'une maladie de Basedow des mieux caractérisées et que l'opération était tout indiquée. Il nous conseilla de n'enlever

que le lobe droit du corps thyroïde, et ce fut en sa présence et devant notre maître, M. Théophile Anger, que l'intervention fut pratiquée le 30 décembre 1896.

La malade fut endormie à l'éther suivant la pratique du service ; les débuts de l'anesthésie furent un peu difficiles, le pouls et la respiration devinrent d'une fréquence extrême, bien que l'anesthésique fut donné à petite dose, par un aide, habitué à s'en servir, et, du reste, étroitement surveillé. La quantité d'éther employée fut très ordinaire.

Quant à l'opération elle-même, elle se passa très simplement, et je fus même étonné de la vascularisation, relativement très modérée du goître, et de la dilatation peu considérable des vaisseaux thyroïdiens. J'enlevai en masse le lobe droit, comme une tumeur ; après une incision médiane de six centimètres environ, la libération et la rétraction des muscles sous-hyoidiens, la corne supérieure fut isolée, et les vaisseaux afférents liés et sectionnés. J'allai alors à la recherche de la thyroïdienne inférieure que je dénudai soigneusement et que je montrai avant de la pincer et de la couper à son tour ; puis la corne inférieure et le bord externe du lobe thyroïdien furent isolés au doigt et à la sonde cannelée en pinçant à mesure tous les pédicules vasculaires ; enfin l'excision fut achevée par la section de l'isthme. Il n'y eut, au cours de cette opération, en somme fort simple, aucune hémorrhagie, aucun à-coup, aucun incident dramatique. Des ligatures au catgut remplacèrent les pinces et le foyer opératoire parfaitement net et régulier, fut fermé par un surget musculaire et la réunion totale de la peau. Ajoutons que nous n'avions employé aucune solution antiseptique forte, mais seulement des tampons et des compresses, stérilisés à l'autoclave.

La malade se réveilla assez vite. Elle n'eut pas de vomisse-

ments dans le courant de la journée ; son facies était normal, plutôt un peu pâle ; elle but plusieurs gorgées de champagne et parla à plusieurs reprises à la surveillante, se plaignant seulement d'un peu de cuisson dans la région opérée et d'une légère oppression. Vers sept heures, la dyspnée augmenta toujours sans aucune cyanose, ni aucun signe d'asphyxie vraie ; les mouvements respiratoires étaient très rapides. A 11 heures 30, l'interne du service constata en outre une grande fréquence du pouls, mais la connaissance était complète, la malade lui parla, et elle lui fit en somme une impression assez peu inquiétante pour qu'il crut à une simple crise d'agitation nocturne et de dyspnée nerveuse, analogue à celles qui s'étaient déjà produites à plusieurs reprises avant l'opération. Une heure après elle succombait brusquement.

L'autopsie eut lieu dans la matinée du 1^{er} janvier 1897 en présence de M. le Professeur Debove, de M. Théophile Anger, de M. Soupault, et avec l'aide de M. le D^r Riche, prosecteur de la Faculté, auteur d'une récente et intéressante thèse sur du goître exophthalmique. Je disséquai avec le plus grand soin toute la région antérieure du cou ; le foyer opératoire ne contenait pas traces de sang ; le nerf récurrent, suivi depuis son entrée dans le cou jusqu'au larynx était absolument intact, aucune ligature n'était même en contact direct avec lui. La gaine des gros vaisseaux n'avait pas été ouverte ; aussi carotide, jugulaire interne, et nerf pneumogastrique étaient-ils complètement indemnes. Je pus même suivre plusieurs filets œsophagiens ou cardiaques, émanés du pneumogastrique et longeant la gaine tangentielle. Le sympathique fut disséqué à son tour avec le même résultat. Le lobe gauche du corps thyroïde, qu'on avait laissé en place, parut presque aussi gros que le lobe droit. Enfin, à l'ouverture du thorax, on trouva, entre les deux poumons au devant du péri-

carde et de la racine de la trachée un volumineux thymus qui se prolongeait en se bilobant dans le creux sus-sternal ; il pesait 69 grammes. Quand à la trachée, elle nous sembla peut-être un peu plus molle qu'elle ne l'est d'ordinaire.

Je passe sur le reste des constatations nécropsiques. On ne découvrit aucune lésion viscérale ; les deux poumons étaient seulement un peu congestionnés à leur base. L'examen macroscopique du lobe thyroïdien enlevé montra qu'il pesait 35 grammes, que sa coupe avait l'aspect lobulé de la glande normale, qu'elle ne présentait ni bandes fibreuses, ni kystes, ni noyaux d'induration, qu'elle avait une coloration d'un rose grisâtre, enfin que la capsule n'était pas épaissie.

Pour clore la liste des observations, nous donnons quelques cas intéressants publiés sans détails.

Strumpell enleva la moitié d'un goître accompagné de symptômes basdowiens, et le malade mourut après l'opération (Lehr. d. spec. Path. 1892).

Hahn, à la réunion des chirurgiens de Berlin au mois de janvier 1893, dit qu'il avait fait la thyroïdectomie partielle pour un goître exophthalmique et que les symptômes disparurent seulement du côté opéré.

Gutmann, au mois de février, annonça également que 12 ans auparavant, il avait enlevé une tumeur thyroïdienne dans la maladie de Basedow ; l'opération n'influença en rien les accidents.

Kocher (dans correspondenz-Blatt Schweizer Aorzte 1889) fit l'ablation de la tumeur pour maladie de Basedow. Le malade mourut dans la nuit qui suivit l'opération.

Curtis opéra trois malades atteintes de goître exophthalmique. L'une de ces malades mourut 48 heures après l'opération. Son cas est rapporté dans nos observations. Chez les deux autres, il y eut après l'opération une élévation considérable de la température, et on trouva de l'albumine dans l'urine ; ces malades guérirent.

Rivière a observé un cas dans lequel le malade succomba brusquement le soir même de l'opération, alors que cette dernière n'avait présenté aucun incident.

Jaboulay, de Lyon, a observé deux cas, chez lesquels, au lendemain d'une exothyropexie pour goître exophthalmique se manifestèrent les symptômes de l'intoxication : agitation, délire, hyperthermie, congestion céphalique. La mort survint en peu de temps dans les deux cas.



CONCLUSIONS

I. — Parmi toutes les opérations préconisées contre le goître exophthalmique, il n'y en a aucune absolument efficace et sans dangers.

II. — La ligature des artères thyroïdiennes peut enrayer pendant quelque temps la marche de la maladie, mais les résultats ne sont pas certains et durables, les récurrences sont fréquentes. De plus, cette opération a contre elle la difficulté opératoire due aux changements de rapports de la région, le danger des hémorragies secondaires que l'on doit attribuer à la friabilité des vaisseaux. Enfin, elle n'est applicable que dans les goîtres parenchymateux et vasculaires, et reste sans succès dans les goîtres exophthalmiques kystiques ou à noyaux.

III. — L'énucléation est une méthode qui donne de bons résultats, lorsqu'elle est applicable dans la maladie de Basedow. Elle évite aux malades les dangers d'une thyroïdectomie. Quand elle est indiquée, elle peut être entravée par certaines complications qui sont : 1° La multiplicité des kystes ou noyaux nécessitant une extirpation totale ; 2° la difficulté où l'on se trouve, de délimiter

nettement la tumeur d'avec le tissu glandulaire ; 3° l'hémorragie, qui peut être grave ; 4° la présence d'adhérences dues à un processus inflammatoire ou à un traitement palliatif antérieur. Enfin, les récidives sont assez fréquentes.

IV. — L'exothyropexie appliquée au goître exophthalmique, n'est pas une opération d'une incontestable sécurité. Après cette opération on peut voir survenir de la fièvre accompagnée d'agitation, de délire, de coma et la mort subite peut en être la conséquence. De plus, les suites en sont longues, malpropres et pénibles, et il est fréquent de constater des récidives.

V. — La thyroïdectomie est une opération grave par elle-même et entourée de dangers d'autant plus redoutables qu'ils échappent parfois à toute prévision et qu'ils menacent le chirurgien le plus habile et le plus exercé. Les dangers et les complications qui peuvent survenir au cours d'une thyroïdectomie ou dans les heures ou jours qui suivent l'opération sont : 1° La fièvre post-opératoire avec ses accidents généraux ; 2° la mort subite ; 3° la tétanie ; 4° l'hémorragie ; 5° des accidents dus aux lésions de la trachée ; 6° des troubles de la voix ; 7° des complications broncho-pulmonaires ; 8° de la dysphagie.

Ses effets sont inégaux sur les différents symptômes. L'opération donne un coup de fouet à la maladie, et la récidive est alors fréquente.

VI. — La section du sympathique cervical est une opération nouvelle préconisée par M. Jaboulay. Plusieurs

cas de goître exophthalmique ont été opérés par cette méthode, mais l'opération est trop récente pour que nous puissions en apprécier les résultats. Si l'amélioration est réelle, elle peut n'être que passagère. On a déjà signalé des cas de récidence (cas de M. Gérard-Marchand).

VII. — La distinction des goîtres exophthalmiques en deux grandes variétés doit être maintenue. L'une comprend les cas de goître exophthalmique vrai, ou goître médical, ou maladie de Basedow proprement dite ; l'autre comprend les cas de pseudo-goître exophthalmique, ou goître chirurgical, ou goître Basedowifié. Cette distinction nous permet de comprendre la différence des résultats obtenus, car si dans la dernière variété l'opération de la thyroïdectomie peut amener une guérison, dans la première variété elle sera suivie de complications redoutables et même de mort subite.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TILLAUX

Vu

Le Doyen,

BROUARDEL,

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Almed Hussein. — La section du sympathique cervical dans l'exophtalmie. (thèse de Lyon 1896).

Abadie. — Pathogénie et traitement du goître exophtalmique. (Presse Médicale 1897).

Allen Starr. — On the nature and treatment of exophthalmic goitre, etc. (The medical news, 1896, p. 491).

Audry Ch. — Sur le traitement chirurgical du goître exophtalmique. (Bulletin Médical, 1889).

Augier. — De la thyroïdectomie partielle comme traitement du goître parenchymateux. (Thèse de Lyon 1892).

Bækel. — Académie de Médecine, 4 avril 1893 (Mercredi médical, 1893).

Boursier. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. (Thèse d'agrégation 1880).

Brissaud. — Sur un cas de mort par exothyropexie pour un goître exophtalmique. (Médecine Moderne 1894, p. 243).

Broca A. — Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, article goître.

Bruhl. — Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow ; des faux goîtres exophtalmiques. (Gazette des Hôpitaux 1891, p. 703).

Chrétien. — De la thyroïdectomie. (Thèse de Paris 1888).

Debove. — Note sur un cas de goître exophtalmique traité par la thyroïdectomie partielle. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux 1897).

Duhamel. — Contribution à l'étude du faux goître exophtalmique. (Thèse de Paris 1894).

Durand. — Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goître exophtalmique. (Thèse de Paris 1895).

Fontaine de Prelles. — De l'énucléation intraglandulaire des goîtres. (Thèse de Lyon 1892).

Gaulhier (de Charolles). — Du goître exophtalmique. (Revue de Médecine 1890, p. 428).

G. Gayet. — Un procédé nouveau de traitement chirurgical du goître exophtalmique ; la section du sympathique cervical. (Lyon médical, 26 juillet 1896).

Girard. — De la guérison du goître charnu par l'exothyropexie. (Thèse de Lyon 1893).

Heydenreich. — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. (Semaine Médicale 19 juin 1895).

Jaboulay. — Régénération du goître extirpé dans la maladie de Basedow. (Lyon médical 1896).

Jaboulay. — Lyon Médical 1893.

Jenny. — De l'atrophie des goîtres laissés en place après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde. (Thèse de Lyon 1893).

Joffroy. — Nature et traitement du goître exophtalmique. (Progrès médical 1894).

Kinnicut Francis. — The theory of the thyroid origin of Graves disease, with its bearing on the surgical treatment of the disease. (Medical Record 1893, p. 541).

Lavisé. — Traitement du goître exophtalmique par la ligature des 4 artères thyroïdiennes. (Gazette hebdomadaire 1893).

Lejards. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1897. Sur les dangers de l'intervention opératoire dans la maladie de Basedow.

Lelièvre. — Manuel de Médecine. (Tome IV, p. 406).

Peyrot. — Manuel de pathologie externe. Tome III, art. Maladies du corps typhoïde.

Marie. — Sur la réviviscence du thymus. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux 1893).

Marie. — Sur la nature de la maladie de Basedow (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux 1897).

Poncet. — Leçon faite à l'Hôtel Dieu de Lyon. (Bulletin médical, p. 253, 1893).

Poncet. — Société de chirurgie, 3 mars 1897. Presse médicale 1897, p. CIII.

Pulnam. — Journal of nervous and mental diseases (Décembre 1893).

Quenu. — Sur les dangers de l'intervention opératoire dans la maladie de Basedow. (Bulletin de la Société de Chirurgie 1897).

Quenu. — Résection bilatérale du sympathique cervical dans un cas de goître exophtalmique. (Presse Médicale, 1897. Tome II, n° 1).

Reclus. — Résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goître exophtalmique. (Presse médicale 1897, n° 51).

Riche. — Goître exophtalmique ; interprétation nouvelle (Thèse de Paris 1896).

Rivière. — Des complications opératoires dans le traitement chirurgical des goîtres. (Gazette des Hôpitaux 1896).

Schnitzler. — De la mort subite par persistance du thymus. (Semaine médicale 1894, p. 243).

Schwartz. — Traitement du goître exophthalmique (Bulletin de la Société de chirurgie 1897).

Stefani. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du goître exophthalmique. (Thèse de Lyon 1894).

Solary. — Du traitement chirurgical du goître exophthalmique. (Thèse de Paris 1894).

Speyer. — Traitement chirurgical du goître exophthalmique. (Bulletin médical 1893, p. 92).

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique. 8^e édition.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, 3^e édition 1894.

Tillaux. — Sur les dangers de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow. (Société de Chirurgie; Presse Médicale 1897, n° 13).

Tuffier. — Traitement chirurgical du goître exophthalmique. (Bulletin de la Société de chirurgie, 1897).



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	5
Préliminaires	9
Chapitre I ^{er} . — Ligature des artères thyroïdiennes.....	11
Chapitre II. — Enucléation.....	17
Chapitre III. — Exothyrapexie.....	23
Chapitre IV. — Thyroïdectomie.....	30
Fièvre post opératoire.....	32
Mort subite.....	36
Tétanie.....	45
Hémorrhagie.....	47
Accidents dus aux lésions de la trachée.....	51
Troubles de la voix.....	53
Complications broncho-pulmonaires.....	58
Dysphagie.....	60
Chapitre V. — Section du sympathique cervical.....	64
Chapitre VI. — Discussion sur les diverses formes du goître exophthalmique	67
Observations	74
Conclusions	117
Index bibliographique.....	121



